Rok LI. Kraków, dnia 23. marca 1912. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Zasady, wskazania oraz doświadczenia własne na polu rentgenoterapii ginekologicznej

podał

Dr Zygmunt Steuermark (Kraków).

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Olbrzymi rozmach rentgenologii oraz znaczenie, jakie ta młoda jeszcze nauka potrafiła zdobyć we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej, nie mogły pozostać bez wpływu i na ginekologię; to też lecznictwo ginekologiczne zyskało w tej nowej nauce potężną broń w wielu cierpieniach, na które dotychczas nóż chirurga jedynem był lekarstwem.

Punktem wyjścia dla rozwoju rentgenoterapii ginekologicznej było poznanie niszczącego działania promieni x na tkankę gruczołową, a w tym przypadku na tkankę jajników. Powodzenie, z jakiem nauczono się naświetlaniem usuwać olbrzymie guzy gruczołów dotkniętych białaczką, dało pohop do stosowania promieni x dla leczenia i innych chorób gruczołowych najrozmaitszego pochodzenia. I tak naświetlano z większem lub mniejszem powodzeniem gruczoły limfatyczne gruźliczo lub nowotworowo naciekłe, gruczoł tarczowy w chorobie Basedowa, gruczoł krokowy w przeroście sterczu, nadnercze w chorobie Addisona, przysadkę mózgową w akromegalii, najwspanialsze jednak wyniki osiągnięto przez naświetlanie jajników w rozmaitych schorzeniach ginekologicznych, a głównie we włókniakach macicy oraz w zaburzeniach okresu przekwitania.

Już dawno spostrzeżono, że lekarze, zajmujący się rentgenologią, również technicy i robotnicy w fabrykach przyrządów Röntgena, po pewnym czasie okazują oligo- i nekrospermię, a następnie zupełną azoospermię przy utrzymanej zresztą zdolności spółkowania, a zatem, że wyradza się niezdolność płodzenia przy zupełnie prawidłowej zdolności spółkowania. Fakt ten umiano nawet wyzyskać dla wywołania sztucznej niepłodności u mężczyzn, dotkniętych nieuleczalnemi chorobami, np. gruźlicą jąder (Philipp).

Dla poznania istoty zmian anatomicznych, wywołanych promieniami Röntgena w gruczołach rozrodczych, zaczęto prowadzić doświadczenia na zwierzętach, którym naświetlano jądra względnie jajniki już to przez skórę zdrową nienaruszoną, już też wydobyte na zewnątrz z jamy brzusznej w ranie laparotomijnej; dla kontroli zasłaniano jeden jajnik lub jądro grubemi płytami ołowianemi, nieprzepuszczającemi promieni x, a drugi naświetlano bezpośrednio; w jakiś czas potem wycinano je i badano histologicznie.

Jądra, dłuższy czas naświetlane, okazywały pod mikroskopem obraz olbrzymich spustoszeń: wszystkie komórki jądra, biorące udział w tworzeniu nasienia, były zniszczone, natomiast komórki Sertolego, tkanka śródmiąższowa, naczynia i nerwy pozostawały bez zmian; wielu badaczy podaje, że naprzód giną komórki macierzyste plemników (spermatogonia), potem komórki plemnikotwórcze (spermatocyty), a wreszcie spermatydy; plemniki same ani co do kształtu, ani co do ruchliwości nie zmieniają się. Ciekawą rolę odgrywać mają zdaniem Simmondsa t. zw. »Zwischenzellen«, t. j. komórki usadowione w przestrzeniach śródmiąższowych; w zanikach jąder innego pochodzenia stale ilość ich się zwiększa; tak samo bujają one obficie w jądrach naświetlanych do czasu; gdy odrodzenie się zniszczonych swoistych komórek jąder nie nastąpi, wtedy i ich ilość się zmniejsza. Pod względem biologicznym przypisuje komórkom tym Simmonds bardzo ciekawą rolę w ustroju; dzięki wydzielinie wewnętrznej tych komórek osobnik po zniszczeniu komórek nasiennych zachowywać ma t. zw. wtórne cechy płciowe (Sekundäre Geschlechtscharaktere), n. p. u jelenia pomimo zaniku jąder, wywołanego promieniami x, pozostają rogi, które po zwykłem wytrzebieniu znikają (Tandler i Gross); tem też tłomaczy się utrzymanie popędu płciowego u rentgenologów. Niestety nie zawsze można na to liczyć, a smutne są spostrzeżenia Arninga, który u 2 lekarzy, którzy przez długie lata lekkomyślnie wystawiali się na niszczące działanie promieni x, stwierdził całkowity zanik jąder i zupełne wygaśnięcie popędu płciowego.

Badanie mikroskopowe naświetlanych jajników było również wielokrotnie przeprowadzane na zwierzętach i ludziach; obszerne studya histologiczne na większą skalę przeprowadził Reifferscheid na jajnikach naświetlanych, a następnie z rozmaitych powodów ginekologicznych wyciętych u 6 kobiet. Autor ten spostrzegał stale w zakresie pęcherzyków pierwotnych i pęcherzyków Graafa zmiany degeneracyjne nabłonków w rozmaitych okresach i postaciach, ponadto często obumarłe komórki jajowe, albo na ich miejsce szkliste grudki (hyaline Schollen), lub też komórka jajowa wolno pływała w pęcherzyku, otoczona kilkoma zwyrodniałemi komórkami nabłonkowemi; oprócz tych istotnych zmian w pęcherzykach były mniejsze lub większe

wybroczyny z naczyń włosowatych do istoty korowej jajnika lub pomiędzy komórkami podścieliska.

Zanim powyższe badania histologiczne ugruntowały teoretyczne podstawy leczniczego stosowania promieni x w ginekologii, już pierwsze praktyczne próby niemal równocześnie wykonał Deutsch w Monachium (1904 r.) i Foveau de Courmelle w Paryżu; pomimo to dopiero w 5 lat później na zjeździe niemieckich rentgenologów w Berlinie rzecz jasno została sformułowana przez Albersa Schönberga, który na podstawie większego materyału sprawę na właściwe pchnął tory.

Albers Schönberg ujął zasady i wskazania rentgenoterapii ginekologicznej w ośm następujących tez:

1) Jajniki ulegają pod wpływem promieni Röntgena zanikowi przeważnie w zakresie pęcherzyków Graafa, skutkiem tego następuje ustanie miesiączki (menopausis artificialis).

Te zaburzenia w czynności jajników osiągnąć można łatwiej, i to z trwałym skutkiem, u kobiet znajdujących się przed samym albo już w okresie przekwitania, trudniej natomiast u młodszych kobiet po 40 roku życia; w tych przypadkach potrzeba dla wywołania zaniku jajników o wiele dłuższego przeciągu czasu.

2) Wywołanie sztucznego okresu przekwitania wiedzie przedewszystkiem a) do zmniejszenia włókniaków, b) do usunięcia krwotoków wywołanych obecnością włókniaków, wreszcie c) do usunięcia krwotoków i zaburzeń przed- i poklimakterycznych.

Przyczyny zmniejszenia włókniaków i usunięcia krwawień szukać należy w pierwszej linii w jajnikach, jednakowoż prawdopodobne jest też działanie promieni na samą tkankę włókniaków.

3) Wielką rolę odgrywa położenie włókniaków, a mianowicie najlepiej nadają się do naświetlań włókniaki śródścienne, a także wielkie guzy przechodzące na więzadła; przeciwwskazanie stanowią włókniaki podśluzowe, a to z powodu obfitszych krwawień, jakie mogą nastąpić z początku tego leczenia.

4) Kobiety po długotrwałych i silnych krwotokach z t. zw. »çor myomatosum« lub też z wyraźnemi zmianami w mięśniu sercowym (myocarditis chronica) należy wyłączyć z leczenia, również z powodu możliwych krwotoków na początku naświetlań.

5) Istnieją przypadki, które na naświetlania nie oddziałują; te chore należy zawczasu uznać za nienadające się do leczenia tego, z tem zastrzeżeniem jednak, że stosowano właściwą technikę.

6) W przypadkach, w których nie udało się wywołać zupełnego ustania miesiączki, i tak można zmniejszyć krwotoki i zaburzenia miesiączkowe.

7) Włókniaki zmniejszają się, a nawet znikają całkowicie, jednakowoż potrzeba na to dłuższego czasu, niekiedy jednak nie zmniejszają się wcale; w jednym przypadku guz wielkości głowy dziecka zmniejszył się do wielkości jabłka po 68 minutach leczenia.

8) Właściwe pole działania dla rentgenoterapii tworzą bóle i krwotoki klimakteryczne u kobiet około 48. roku życia; wyleczenie następuje prędko i jest trwałe; upławy, o ile nie są przyrody zakaźnej, również znikają; ujemne działanie promieni przy zastosowaniu właściwej techniki jest zupełnie wyłączone.

W powyższych ośmiu zdaniach streszcza się mniej więcej wszystko, co w tej sprawie w ostatnich trzech latach osiągnięto; badania innych rentgenologów i ginekologów w nieznacznym już stopniu rozszerzyły granice powyższych zasad. Na wyróżnienie zasługują wyniki Króniga i Gaussa, jako oparte na większym materyale kliniki ginekologicznej w Fryburgu. Autorzy ci przypisują rentgenoterapii wyższość nad zabiegiem operacyjnym. W przeciwieństwie do Albersa Schönberga polecają ją właśnie u kobiet ze zmianami w mięśniu sercowym, ponieważ te chore ze względu na niebezpieczeństwo narkozy do operacyi się nie nadają. W rzeczy samej wysoki odsetek śmiertelności przy leczeniu operacyjnem tych właśnie kobiet powinien odstraszyć ginekologów od zabiegu chirurgicznego. Wreszcie autorzy ci tak dalece zachwalają rentgenoterapię włókniaków, że tylko w tych przypadkach niema, ich zdaniem, korzystnego wyniku, gdzie zastosowano złą technikę naświetlań. Do wielkich zwolenników rentgenoterapii zaliczyć trzeba też Prochownika, Spaetha, Weichmanna, Manfreda Frenkla, Schindlera, Bardachziego i Schmidta.

Przechodzę obecnie do własnych doświadczeń na tem polu:

Z wyjątkiem jednej chorej (pacyentki prof. Dobrowolskiego), która zaraz po pierwszym cyklu przerwała leczenie, oraz jednej chorej, która pozostaje jeszcze w leczeniu, uzyskałem we wszystkich przypadkach zupełne wyleczenie.

Stan dwóch chorych był przed leczeniem wprost rozpaczliwy: pierwsza (pacyentka kol. Stankiewicza) od trzech lat przykuta była do łóżka, gdyż przerw w krwawieniach wogóle nie było wcale; były tylko okresy krwawień słabszych, a potem znowu silniejszych; to też wyniszczenie chorej było tak wielkie, że wejrzenie jej sprawiało wrażenie daleko posuniętego charłactwa nowotworowego; chora musiała być przywożona i wnoszona do mego zakładu; okazywała też wybitne objawy przewlekłych zmian w mięśniu sercowym; badanie ginekologiczne (Dr. Stankiewicz) wykazywało w chwili rozpoczęcia leczenia t. j. w styczniu 1910, macicę dochodzącą do pępka, nierówną, po prawej stronie wypukłość wielkości cytryny; cała macica z boku na bok mało przesuwalna; przy badaniu wewnętrznem część pochwowa grubości pięści, długa na 2 falangi; ujście silnie ku tyłowi podane, lekko nierówne; warga przednia 3 razy grubsza od tylnej; cała część pochwowa sprawia wrażenie, jak gdyby była naciekła nowotworem; przez sklepienie prawe wyczuwa się wypuklenie wielkości mandarynki, odpowiadające drugiemu włókniakowi, podsurowiczo położonemu.

U chorej tej zaraz po drugiem naświetlaniu krwawienia zupełnie ustały; poczucie sił tak się poprawiło, że chora w 2 tygodnie po rozpoczęciu leczenia pieszo mogła przyjść i wejść po schodach na drugie piętro do mego zakładu; stan ogólny z dnia na dzień niemal znakomicie się poprawiał, ustały wszelkie dolegliwości odrazu po pierwszym cyklu, t. j. po pierwszych 3 naświetlaniach; dla utrwalenia skutku chora z początkiem lutego poddała się drugiemu cyklowi, t. j. jeszcze trzem naświetlaniom. Dalsze leczenie nie było już potrzebne.

Ten znakomity stan chorej, która wróciła do dawnego

trybu życia, trwał do września tegoż roku; w miesiącu tym zupełnie niespodziewanie i nagle wystąpił podczas jakiegoś wysiłku fizycznego tak wielki krwotok, że chora straciła przytomność i dłuższy czas leżała prawie bez tętna; wezwany lekarz zmuszony był przystąpić do tamponady. Później wyszło na jaw, że chora przed tym ostatnim krwotokiem codziennie brała bardzo gorące kąpiele (powyżej 30^0 C) i siedziała w nich po godzinie, dolewając coraz gorętszej wody. Ostatni krwotok sprowadził stan podobny do tego, jaki był przed naświetlaniem. Wobec tego w październiku 1910 przystąpiłem znowu do naświetlań i jednym cyklem uzyskałem powtórnie zupełne wyleczenie, które obecnie trwa już 2 lata. Stan, który stwierdził kol. Stankiewicz z końcem czerwca 1911, pozwala chorą uważać za wyleczoną, a mianowicie: Trzon macicy obecnie wybadać można już na 2 palce ponad spojeniem łonowem (z początkiem leczenia dochodził do pępka) z małem zgrubieniem po stronie prawej (pierwszy włókniak zanikły); (dawniej był guz wielkości cytryny); wewnętrznie część pochwowa, znacznie węższa i krótsza, odpowiada grubością piąstce noworodka, (dawniej dużej pięści); twarda, gładka, ujście znacznie łatwiej dostępne; przez prawe sklepienie czuć zgrubienie na trzonie (nie wypuklenie), odpowiadające drugiemu włókniakowi.

Tak szybki zanik macicy nie może iść w parze z zanikiem fizyologicznym w okresie przekwitania i mógł być tylko wywołany naświetlaniem.

Dodatkowo zaznaczyć muszę, że chora ta równocześnie straciła zupełnie upławy, które były tak wielkie, że od 30 lat wogóle stale między wargami nosiła watę; zaraz po pierwszym cyklu było to już niepotrzebne; uregulowało się również trawienie, prawdopodobnie skutkiem zmniejszonego ucisku na jelita.

Drugi ciężki przypadek (chora kol. Lachsa) dotyczył kobiety z macicą maczugowatą mało ruchomą, dochodzącą do pępka; silne i bolesne krwotoki, przez 2—3 tygodni w miesiącu trwające, równoczesne zmiany w sercu. Pierwszy cykl (3 naświetlania) z końcem kwietnia 1910 r.; macica z końcem maja sięga już tylko na 3 palce poniżej pępka; stan ogólny znakomity; krwawień brak do chwili obecnej, t. j. blizko dwa lata.

Trzecia chora (pacyentka kol. Hirscha) cierpi od 3 lat na krwotoki po 2 tygodnie w miesiącu trwające, połączone z silnymi bólami; rozpoznanie: rozpoczynające się przekwitanie; krwotoki maciczne. Dwa cykle w odstępie 3-tygodniowym; zaraz najbliższy peryod niebolesny, ilość krwi prawidłowa; po 2 miesiączkach prawidłowych co do czasu i nasilenia ustanie zupełne miesiączkowania aż do chwili obecnej (przeszło $1^1/_2$ roku).

Czwarta chora z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia macicy i rozpoczynającego się przekwitania, z krwotokami po 10—14 dni trwającymi, bardzo bolesnymi i obfitymi, wyleczona po trzech cyklach w 1909 r. zdrowa do chwili obecnej [1]).

Stan analogiczny u dwóch dalszych chorych.

Streszczając uzyskane przezemnie wyniki mogę potwierdzić w zupełności zdania Albersa Schönberga, jednakże z poprawką Gaussa, ponieważ właśnie u chorych ze zmianami w mięśniu sercowym najlepsze i najwdzięczniejsze znalazłem pole działania i dlatego tylko zachęcić mogę kolegów do leczenia tą metodą, tembardziej wobec smutnego wyniku statystyki operacyjnej. Promieniami Röntgena można u kobiet, wyniszczonych długoletnimi krwotokami, nawet w okresie zupełnego charłactwa uzyskać jeszcze zupełne ustanie krwotoków i wogóle krwawień — leczymy więc bezpośrednio bezkrwistość z jej wszelkiemi następstwami. Powtóre, można tą drogą doprowadzić guzy macicy do częściowego, a nawet całkowitego zaniku, przez co usuwamy ucisk na jelita, doprowadzamy więc trawienie do prawidłowego stanu (cztery chore z powyżej przytoczonych zarzuciły zażywanie środków przeczyszczających, bez których od lat nie mogły mieć samoistnego wypróżnienia). Przez usunięcie ucisku guzów na jelita zapobiegamy wypychaniu wypełnionych kałem pętli jelitowych ku górze, ku klatce piersiowej, zapobiegamy więc i leczymy objawy sercowe (cor myomatosum), wreszcie przez przyspieszenie inwolucyi starczej macicy usuwamy niezwykle uciążliwe upławy. Te korzyści wystarczają, aby zapewnić rentgenoterapii trwałe powodzenie w ginekologii.

Przechodzę obecnie do sprawy leczenia miesiączkowania bolesnego (dysmenorrhoea) zapomocą promieni Röntgena. Przedewszystkiem należy zadać sobie pytanie, czy wogóle powinno się chorobę tę w ten sposób leczyć. Wobec obawy wywołania ewentualnego zaniku jajników, a tem samem i niepłodności, należy chyba tylko bardzo ciężkie przypadki poddawać temu leczeniu, i rzeczywiście Manfred Frenkel, Reifferscheid i Görl w bardzo ciężkich postaciach, np. połączonych z napadami padaczkowatymi, osiągali dobre i trwałe wyniki. Sam dotychczas w jednym tylko przypadku i to bardzo ciężkim mogłem się zdecydować na naświetlania i skutek zaraz przy najbliższej miesiączce był tak wybitny, że pragnę chorą tę dalszym poddać próbom; wpływ poddawania (sugestyi) w tym przypadku był wyłączony, po-

---

[1]) Przypisek podczas korekty: Od tego czasu ukończyłem leczenie trzech dalszych chorych, których historye choroby zasługują na wyróżnienie: Pierwsza chora, 35-letnia, z rozpoznaniem ginekologicznem (prof. Braun): »Fibromyomata uteri, endometritis chronica«, cierpiała na bardzo silne krwawienia od 2 lat; z powodu wielkiego wyniszczenia i utraty sił chora przez 8 ostatnich miesięcy nie opuszczała już łóżka. Naświetlania rozpoczęto we wrześniu 1911 r.; po trzech cyklach t. j. 9 naświetlaniach, krwotoki międzymiesiączkowe znikły zupełnie, a już od listopada 1911 występują w odstępach co 4 tygodnie prawidłowe miesiączki, niebolesne, 3—4 dni trwające. — Chora wróciła do swego zawodu nauczycielskiego, który z powodu choroby zmuszona była porzucić przed rokiem.

Druga chora, 48-letnia, z rozpoznaniem ginekologicznem (prof. Dobrowolski): »Fibromyomata uteri intramuralia«, silnie niedokrwista, z cerą żółtą, charłaczą, od 2 lat cierpi na silne krwotoki, występujące co 14 dni, a trwające dni 17(!), w czasie których odchodzą olbrzymie skrzepy, nieraz o średnicy około 20 ctm.; upławy w przerwach bardzo uciążliwe, bóle głowy oraz inne objawy, wynikające z wyniszczenia, jak upadek sił itd. Po 6 naświetlaniach wszelkie krwawienia zupełnie ustały, toż samo upławy, przybytek na wadze $1^1/_2$ kg. w ciągu 2 tygodni. — Stan ten utrzymuje się do chwili obecnej.

Trzecia chora z rozpoznaniem (Dr Lachs): »Metritis et endometritis chronica, menorrhagiae«, — miewa od kilku lat krwawienia co 14 dni, trwające 2 tygodnie, przytem wybitne objawy t. zw. cor myomatosum (co 2—3 tygodnie napady nagłego osłabienia serca, połączone z uczuciem lęku, bladością twarzy, potami, drobnem, słabo wyczuwalnem tętnem itd.); macica wielkości dużej pięści męzkiej. Po 3 cyklach zupełne ustanie miesiączki i zaburzeń ze strony serca; poczucie sił, jakiego chora nie pamięta od kilkunastu lat, macica tak zmalała, że przez powłoki wymacać się nie daje; część pochwowa wielkości małego czopka.

nieważ była to chora, która z powodu łuszczycy skóry wielokrotnie przedtem była już naświetlana, była więc przyzwyczajona do tego leczenia. Nie wchodzę przytem w teorye miesiączkowania bolesnego, to jednak przyjąć możemy, że z jajników wychodzi podnieta, która przygotowuje błonę śluzową macicy do przyjęcia jajka. Jeżeli promieniami Röntgena osłabimy czynność jajników, to i ta podnieta będzie słabsza, a w następstwie i obrzęk błony śluzowej macicy i przypływ krwi do niej mniejszy, a zatem miesiączka będzie słabsza.

Krótko poruszyć pragnę sprawę wywoływania poronień promieniami x. Frenkel i Gauss zachwalają ten sposób. Zdaniem mojem jednak, wyjątkowo tylko będzie to tworzyć wskazanie dla działania rentgenologa, gdyż metoda chirurgiczna prędzej i pewniej wiedzie do celu. Poza tem w razie nieudania się poronienia naraża się płód na poważne obrażenia, jak zaćma, nieprawidłowości wzrostu kości, zaburzenia w narządach krwiotwórczych i t. d.; dlatego też dla zabezpieczenia się przed ewentualnym procesem sądowym ze strony chorej, a nawet przyszłego dziecka, radzą niektórzy rentgenolodzy żądać zobowiązania się chorej rewersem, że w razie nieudania się poronienia tą drogą podda się zabiegowi chirurgiczno-ginekologicznemu.

Dalsze wskazania stanowią: gruźlica i sprawy nowotworowe części rodnych kobiecych. O ile o leczeniu nowotworów może być mowa tylko w tych przypadkach, które nie nadają się już do operacyi, gdzie naświetlanie odgrywa rolę środka łagodzącego, kojącego bóle i zmniejszającego wydzielinę cuchnącą posokowatą rozpadającego się nowotworu, to w gruźlicy wyleczenie może być całkowite. Znane są zresztą znakomite wyniki leczenia liszaja żrącego, gruźlicy kości i gruczołów tą drogą. Cztery bardzo ciężkie przypadki gruźlicy gruczołów szyjnych z wysoką gorączką i nawrotami w innych gruczołach po wyjęciu jednych wyleczyłem w krótkim czasie i obecnie po 2 latach niema nawrotu; prawdopodobne jest więc i wyleczenie gruźlicy w częściach rodnych kobiecych, o ile zastosuje się odpowiednio głęboko drążące promienie. Dokładną historyę choroby takiego rozpaczliwego przypadku podaje Spaeth z Hamburga w Nr 16 »Deutsche med. Wochenschrift« 1911; chodziło o przypadek badaniem histologicznem potwierdzony, w którym gruźlica zajmowała wnętrze macicy i przydatki; wyleczenie zupełne osiągnął autor po kilku miesiącach.

Na granicy ginekologii i dermatologii stoją choroby skórne, usadowione na częściach płciowych kobiecych, które stanowią nadzwyczaj wdzięczne pole dla rentgenoterapii; mam tu na myśli świąd sromu (pruritus vulvae) i przewlekłe wypryski.

Jako zasadę przed leczeniem należy uwzględnić tło, na którem choroby te się rozwijają, a zatem cukrzycę, skazę moczanową, wiąd rdzenia, histeryę (coitus interruptus), rozpoczynający się nowotwór macicy i marskość sromu (kraurosis vulvae) i zastosować obok rentgenoterapii i leczenie przyczynowe. Samo jednak leczenie przyczynowe najczęściej nie wystarcza do usunięcia tych niezwykle uporczywych, a zarazem nad wyraz męczących cierpień i rentgenoterapia święci tu niezwykłe tryumfy. Wdzięczność tych nieszczęśliwych kobiet, uciekających zazwyczaj od ludzi i kryjących się przed najbliższem otoczeniem ze swą straszną chorobą, jest rzeczywiście wielka. Leczyłem tej kategoryi chorych kilkanaście i wszędzie często jednem lub dwoma posiedzeniami osiągałem wyleczenie całkowite z cierpienia nieraz kilka lat trwającego, które układ nerwowy chorych doprowadzało do zupełnej ruiny. Wypryski sączące, obejmujące srom, pachwiny, krocze, okolicę otworu stolcowego, a w górę aż do pępka, można przy odpowiedniem ustawieniu lampy jednem lub dwoma posiedzeniami pokryć prawidłowym i zdrowym naskórkiem w przeciągu 8—14 dni; wszystkie przytem dolegliwości, świąd i pieczenie znikają szybko. Nawet w przypadku wywołanym cukrzycą, gdzie kilkutygodniowy pobyt w Karlsbadzie i to 2 razy w jednym roku, pozostał bez najmniejszego skutku, wyleczyłem prawie zupełnie wyprysk naświetlaniem.

Zestawione powyżej wskazania stanowią zakres działania tak znaczny, że rentgenoterapia ginekologiczna, teoretycznie znakomicie ugruntowana i praktycznie wypróbowana, spoglądać może pomimo krótkiego swego istnienia na obfity dorobek; a celem mojego dzisiejszego odczytu w gronie fachowych ginekologów było zachęcić Panów do tej prawdziwie owocnej pracy. Jeżeli chociaż w części udało mi się obudzić w Panach zainteresowanie do tej młodej nauki, to cel mój do pewnego stopnia już został osiągnięty i mam nadzieję, że w swoim czasie bujne wyda owoce.

Wydzielanie wewnętrzne ze stanowiska klinicznego.

Podał [1])

Dr Maksymilian Blassberg.

(Dokończenie).

W myśl nauki o wewnętrznem wydzielaniu, uległy, jak wspomniałem, pojęcia nasze kliniczne na patogenezę niektórych chorób znacznemu przeobrażeniu. I tak nowoczesne pojęcia o czynności gruczołu tarczowego zmieniły nasze poglądy na pewne choroby, związane z czynnością tego gruczołu. Chorobę Basedowa uważano dawniej za nerwicę, którą łączono ze schorzeniem nerwu współczulnego, błędnego i rdzenia przedłużonego. Pierwszy Gautier wskazał na związek tej choroby z zaburzeniami tarczycy. Möbius i Kocher wskazali, jak zupełny kontrast istnieje między chorobą Basedowa i stanami połączonymi z nadmierną czynnością tarczycy z jednej strony, a brakiem i niedostateczną czynnością tego gruczołu z drugiej strony, przejawiającym się klinicznie pod postacią obrzęku śluzowatego, kretynizmu lub charłactwa z braku tarczycy. Gdy w pierwszej kategoryi schorzeń związanych z hyperfunkcyą tarczycy stwierdzamy takie objawy, jak powiększenie gruczołu tarczowego, przyspieszenie tętna, wygórowaną pobudliwość układu naczyniowego, psychiczne podniecenie, bezsenność, zapalczywość, trwożno-gniewny wyraz twarzy, wysadzenie oczu, przyspieszone trawienie i żywą przemianę materyi, a budowę ciała i palców smukłą z kończystymi ostatnimi członkami, zanik skóry, drżenie kończyn, uczucie gorąca i chudnięcie, to w drugiej kategoryi schorzeń, związanych z hypofunkcyą tarczycy, napotykamy wręcz przeciwne objawy. Tutaj stwierdzamy brak lub zanik gruczołu tarczowego, zwolnienie tętna, obniżoną pobudliwość układu nerwowego, apatyę, powolność i senność, spokojny i obojętny wyraz twarzy, wązkość szpar powiekowych, zwolnione trawienie i przemianę materyi, budowę ciała krępą i niezgrabną, końcowe człony palców zaokrą-

glone, skórę grubą, fałdzistą i suchą, uczucie zimna i przybieranie na wadze. Zarówno przy hyperfunkcyi jak i przy hypofunkcyi tarczycy istnieją rozmaite stopnie zaburzenia, które się klinicznie przejawiają jako postacie poronne. I tak mamy z jednej strony tak zwane postacie niezupełne (formes frustes) choroby Basedowa, nazwane przez Sterna Basedowoidem, a z drugiej strony postacie niezupełne obrzęku śluzowatego, z których jeden przypadek opisał Krokiewicz w »Przeglądzie lekarsk.« Obrazem takiej bypofunkcyi tarczycy są też pewne postacie otyłości. Aczkolwiek bowiem przeważnie otyłość powstaje pod wpływem trybu życia i dyety tuczącej, to jednak są pewne postacie otyłości pierwotnej, których przyczyna tkwi w niedostatecznej czynności tarczycy.

Że podział powyższy na hyperfunkcyę i hypofunkcyę czynności tarczycy odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, to wykazały spostrzeżenia kliniczne przy podawaniu leczniczem gruczołu tarczowego. O ile bowiem podajemy choremu niewłaściwie albo w nadmiernej ilości gruczoł tarczowy, to powstaną u niego takie objawy toksyczne, jak uczucie gorąca, poty, bicie serca, cukromocz, podniecenie psychiczne, bezsenność, drżenie, chudnięcie, — któreto objawy, jak widzieliśmy powyżej, należą do zbioru objawów hypertyreoidyzmu. W ten sposób wywołujemy sztuczną chorobę Basedowa, która ustępuje po odstawieniu gruczołu tarczowego.

Doniosłe znaczenie fizyologicznej roli gruczołów przytarczycznych (czyli ciałek nabłonkowych) (glandulae parathyreoideae) również odbiło się w klinice głośnem echem. Przedewszystkiem stwierdzono ich związek niewątpliwy z tak zwaną tężyczką (tetania), charakteryzującą się peryodycznie powracającymi skurczami tężcowymi rozmaitych mięśni. Escherich i jego szkoła twierdzą, że wszystkie przypadki tężyczki dziecięcej są następstwem niedomogi przytarczyc. Także i fakt, że usunięcie ich drogą operacyjną wywoluje tężyczkę, dowodzi tego związku. — Pojawianie się tężyczki po wyłuszczeniu wola można również wytłumaczyć przypadkowem usunięciem gruczołów przytarczycznych przy tej operacyi, bo aczkolwiek pod względem rozwojowym i czynnościowym są te ciałka zupełnie niezależne od gruczołu tarczowego, to jednak pozostają one z nim w ścisłym związku topograficzno-anatomicznym. Według Lundborga, zadanie przytarczyc polega na regulowaniu czynności układu nerwowo-mięśniowego, a od niedomogi ich zależą nerwice ruchowe i takie cierpienia, jak myotonia wrodzona, t. j. choroba Thomsena, myoklonia i drżączka poraźna (t. j. choroba Parkinsona, paralysis agitans). Chwostek dzieli zaburzenia czynności przytarczyc na dwie kategorye: 1) niedomoga wydzielnicza — która wiedzie do objawów tężyczki, 2) wygórowanie czynności przytarczyc (hyperparathyreosis) lub jakościowa zmiana wydzieliny (dysparathyreosis) — które wiodą do objawów niedomogi mięśniowej (myasthenia).

Przy innem cierpieniu, znanem pod nazwą akromegalii, przypadła klinice chirurgicznej zasługa dostarczenia niezbitych wyjaśnień patogenezy tej choroby. Choroba ta, opisana po raz pierwszy przez Mariego, zwykle zaczyna się objawami nerwowymi, a mianowicie ogólnem osłabieniem i bolami mięśniowymi, wzmagającą się sennością i apatyą oraz bólami głowy. Do tego przyłączają się zaburzenia płciowe, a mianowicie u kobiet ustanie miesiączkowania, a u mężczyzn niezdolność płciowa. Potem występuje charakterystyczne zwiększenie się i wzrost kości i części miękkich na twarzy i kończynach. Towarzyszące objawy ze strony układu nerwowego pozwalają na rozpoznanie nowotworu przysadki mózgowej. — W ogólnej przemianie materyi stwierdzano często cukromocz i zatrzymywanie substancyi azotowych. — Kiedy w r. 1908 Hohenegg po raz pierwszy usunął szczęśliwie guza przysadki mózgowej u 30-letniej chorej, dotkniętej akromegalią, a wszystkie typowe objawy zupełnie ustąpiły, i kiedy później z równie szczęśliwym skutkiem powtórzono operacyę u innych chorych, wówczas związek przyczynowy między akromegalią a schorzeniem przysadki mózgowej został niezbicie wykazany.

Drugą chorobą, pokrewną akromegalii, jest tak zwany wzrost olbrzymi (gigantismus), przekraczający znacznie prawidłowe rozmiary, a połączony również ze zmianami w przysadce mózgowej. Brissaud twierdzi, że gigantyzm jest akromegalią wieku dojrzewania, a akromegalia jest gigantyzmem okresu dojrzałego.

Badania lat ostatnich przemawiają za tem, że akromegalię i gigantyzm cechuje nadmierna czynność przysadki mózgowej (hyperpituitarismus), w przebiegu natomiast niedomogi wydzielania przysadkowego (hypopituitarismus) występują ogólne zaburzenia przemiany materyi, a mianowicie otyłość, głównie piersi i brzucha, zacieranie się drugorzędnych cech płciowych i uwydatnianie się wejrzenia dziecięcego, co określono nazwą »dystrophia adiposogenitalis«.

Spostrzeżenia kliniczne niedawne dowodzą, że i szyszynka (glandula pinealis, epiphysis cerebri, conarium) może być uważana za gruczoł o wydzielinie wewnętrznej, wywierającej wpływ na przemianę materyi. W wieku dziecięcym gruczoł ten wywiera wpływ hamujący i przeciwdziałający swobodnemu i nieograniczonemu rozwojowi gruczołów płciowych, oraz wtórnemu rozwojowi psychicznemu. Nowotworom i zniszczeniu szyszynki mózgowej w wieku dziecięcym towarzyszyły według spostrzeżeń klinicznych: nieprawidłowy wzrost, niezwykły porost włosów, przedwczesny rozwój narządu i popędu płciowego oraz przedwczesne dojrzewanie umysłowe.

Ciekawe światło rzucają nowsze badania na chorobę Addisona. Choroba ta polega na nieprawidłowej funkcyi nadnerczy. Istota rdzeniowa nadnerczy, jak to w ostatnich czasach wykazano, jest zarówno co do swojego pochodzenia rozwojowego, jak i co do swych własności zupełnie podobna do układu nerwowego współczulnego. Jedną taką własnością układu współczulnego w ogólności, a istoty rdzeniowej nadnerczy w szczególności, jest własność barwienia się chromowemi połączeniami na zielono i brunatno, a to z powodu powinowactwa chemicznego do chromu. Stąd powstała też nazwa tkanki chromochłonnej (chromaffines Gewebe). Przy chorobie Addisona schorzenie układu chromochłonnego przejawia się w tem, że tkanka ta nie barwi się chromem w sposób właściwy, a przy sekcyi zwłok znajdujemy nadto wązkość i niedokształt substancyi rdzeniowej nadnerczy. Ponieważ substancya rdzeniowa nadnerczy oddaje w prawidłowych warunkach do krwi swą wydzielinę wewnętrzną, t. j. adrenalinę, która zwęża naczynia, oraz wzmacnia czynność serca i krążenie, przeto brakiem istoty tonizującej, niezbędnej dla ustroju, tłumaczy się cały obraz osłabienia i niedomogi, cechujący chorobę Addisona. Zasługa wykrycia działania tej substancyi przypada w znacznej części prof. Cybulskiemu i Szymonowiczowi.

Czynność nadnerczy pozostaje też w jakimś związku z tworzeniem się barwika skórnego; za tem przemawiają zmiany barwikowe w skórze, zachodzące przy chorobie Addisona, oraz fakt, że u murzynów nadnercza bywają większe, aniżeli u Europejczyków. Ta ostatnia okoliczność zwróciła też właśnie uwagę Addisona na nadnercza przy obrazie chorobowym od niego nazwanym.

Stan układu chromochłonnego nadnerczy, względnie stan czynności wydzielania adrenaliny do krwi tłumaczy nam według badań Schura, Wiesla i Hornowskiego śmierć w uśpieniu chloroformowem. Chloroform, użyty do uśpienia i tak zwany wstrząs operacyjny wywołują znaczne zapotrzebowanie adrenaliny w ustroju. W miarę dłuższego trwania uśpienia całe zapasy adrenaliny przechodzą stopniowo z nadnerczy do obiegu krwi i istota chromochłonna nadnerczy wyczerpuje się, przez co następuje śmierć osobnika usypianego. Dlatego też radzi Hornowski na podstawie swoich spostrzeżeń, u osób zmarłych w uśpieniu chloroformowem badać przy sekcyi, jak się zachowuje

układ chromochłonny, a mianowicie, czy istota rdzeniowa nadnerczy nie jest stosunkowo wązką w porównaniu z istotą korową, oraz jak się barwi związkami chromowymi.

Przy tak zwanym stanie grasiczym (status thymicus vel thymicolymphaticus) oprócz powiększenia grasicy stwierdza się według Wiesla wrodzony niedokształt tkanki rdzeniowej nadnerczy i układu wydzielającego adrenalinę. Tem tłumaczy się nagłą śmierć w uśpieniu chloroformowem, zdarzającą się bardzo często przy stanach powyższych.

Podobnie tłumaczy Hornowski znany lekarzom fakt, że chorzy na serce znoszą zazwyczaj źle wyższą ciepłotę. Z jednej strony bowiem wskutek schorzenia serca wzmaga się zapotrzebowanie adrenaliny ustrojowej (co stwierdzono przez znikanie adrenaliny ze krwi przy zapadach sercowych), a z drugiej strony działanie wysokiej ciepłoty wzmaga zapotrzebowanie substancyi tonizującej, której wytwórcą jest układ chromochłonny, — co stwierdził Hornowski swojemi badaniami. Przez to spotęgowane zapotrzebowanie następuje szybsze wyczerpanie się układu chromochłonnego u tych chorych.

Bardzo znacznemu przeobrażeniu musiałyby uledz dotychczasowe pojęcia kliniczne o cukrzycy i towarzyszących jej zaburzeniach przemiany węglowodanów. Badania Meringa i Minkowskiego dowodzą, że wewnętrzną wydzieliną trzustki jest hormon, który wpływa korzystnie na prawidłowe spalanie się cukru i wzmaga tworzenie się glikogenu w wątrobie. Atoli hormon trzustkowy nie wystarcza do wyjaśnienia cukrzycy, zwłaszcza od czasu, gdy Blum wykrył cukromocz adrenalinowy. Według Noordena cukromocz polega na nadmiernem wytwarzaniu cukru przez wątrobę. Przy tem wytwarzaniu rozgrywa się według niego ścieranie się dwóch wpływów. Z jednej strony bowiem adrenalina jest aktywatorem, pomocnym przy sprawie tworzenia się cukru, z drugiej strony trzustka przeciwdziała nadmiernej produkcyi cukru zapomocą swej wewnętrznej wydzieliny. Według tego autora cukromocz przewlekły, względnie cukrzyca polega przeważnie na zaburzeniach czynnościowych trzustki, natomiast przy ostrym przejściowym cukromoczu główna rola przypada nadnerczom. Atoli nowsze prace, zwłaszcza z kliniki Noordena, wykazują, że obok trzustki i nadnerczy, także i gruczoł tarczowy odgrywa przy przemianie substancyi węglowodanowych znaczną rolę. Tam, gdzie czynność tarczycy jest obniżona, a zatem w obrzęku śluzowatym, tolerancya węglowodanów jest wzmożona i adrenalina nie wywołuje cukromoczu. W chorobie Basedowa, która jest odwrotnym obrazem klinicznym obrzęku śluzowatego, bywają też zazwyczaj odwrotne stosunki w tym kierunku i cukromocz adrenalinowy łatwo powstaje. Ale i na tem nie koniec. Dalsze badania wykazują, że taką samą sferę działania, jak trzustka, a zatem wpływ hamujący na przemianę węglowodanów, posiadają gruczoły przytarczyczne. Również okazują badania, że i przysadka mózgowa odgrywa rolę przy przemianie węglowodanów i że w schorzeniu przysadki mózgowej, przejawiającem się klinicznie w postaci akromegalii, znajdujemy prawie w 40% przypadkach cukier w moczu. Dodajmy do tego, że i układ nerwowy wywiera w sposób dotąd bliżej nieokreślony swój wpływ na przemianę węglowodanów, a dojdziemy do wniosku, że patogeneza cukrzycy nie jest jednolita i że w każdym poszczególnym przypadku choroby musimy szukać innej przyczyny. Coraz bardziej wydaje się możliwem, że choroba cukrowa nie jest wogóle samoistną jednostką kliniczną, lecz jest zbiorem objawów, zdarzającym się przy różnych schorzeniach, podobnie jak obrzęki, żółtaczka i t. p. Pewne spostrzeżenia kliniczne zdają się za tem przemawiać. I tak, obserwując znaczną liczbę chorych na cukrzycę, zauważyć można stale, że u jednych istnieje bardzo wielka skłonność do powstania przekwaszenia ustroju, tak zwanej acydozy, natomiast u całego szeregu innych chorych nie ma tej skłonności, pomimo tego, że mamy tam do czynienia z cięższymi przypadkami. Krehl podnosi myśl, że przyczyną tego zjawiska może być nietylko stopień zaburzenia przemiany cukrowej, lecz że może tu odgrywać także rolę różna etyologia poszczególnych przypadków cukrzycy.

Nauka o wewnętrznych wydzielinach gruczołów płciowych przy równoczesnej korrelacyi narządów stara się również wytłumaczyć cały szereg zjawisk klinicznych. I tak, wewnętrzną wydzieliną jajników tłumaczyć można rozwój sutków kobiecych w okresie dojrzewania płciowego, oraz obrzmiewanie sutków, zdarzające się u wielu kobiet podczas miesiączki. U osobników męskich z silnie rozwiniętymi gruczołami piersiowymi, czyli u tak zwanych »ginekomastów«, napotykamy zazwyczaj jądra niedokształcone lub zanikłe następowo po jakichś sprawach chorobowych. U kobiet ciężarnych znajduje się, według Biedla, w ustroju jakiś dotąd bliżej nieokreślony hormon, który na drodze chemicznej pobudza gruczoły mleczne do wydzielania kleju. Rzeczywisty pokarm jednak wytwarza się w gruczołach mlecznych kobiecych dopiero po porodzie, albo też po obumarciu płodu. Ten fakt znowuż każe się, według Biedla, domyślać, że między obecnością żywego płodu w łonie matki, a wydzielaniem się rzeczywistego pokarmu, zachodzi stosunek antagonistyczny, że płód wywiera hamujący wpływ na wydzielanie się istotnego pokarmu w sutkach kobiecych, któryto wpływ hamujący znika przez usunięcie się, względnie obumarcie płodu.

Przy usunięciu gruczołów płciowych przed rozwinięciem się, a zatem w wieku młodocianym, następuje wstrzymanie rozwoju całego narządu płciowego. U rzezańców bywają pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy małe i zanikłe, co się tłumaczy brakiem hormonów jądrowych, niezbędnie potrzebnych dla prawidłowego rozwoju i wzrostu sterczu i pęcherzyków nasiennych. Także i tak zwane drugorzędne cechy płciowe, jak: charakter uwłosienia, budowa krtani i zmiana głosu, wstrzymane są w rozwoju u osobników wcześnie wytrzebionych. — Zupełne wytrzebienie kobiet wiedzie do zmian wstecznych w narządzie rodnym, do zaniku macicy i pochwy. Po ustaniu czynności jajników ustają krwawienia miesięczne u kobiet. Nadto znane są liczne spostrzeżenia kliniczne, przemawiające za wpływem wewnętrznych wydzielin gruczołów płciowych na rozwój układu kostnego, oraz za dotąd bliżej nie zbadanym związkiem ze zmiękknieniem kości (osteomalacia). Dalej stwierdzono wpływ tych wydzielin na stan przemiany materyi, przejawiający się w otyłości, powstającej pod wpływem zaniku gruczołów płciowych, oraz związek spraw jajnikowych ze stanem krwi, a w szczególności z błednicą.

Inne spostrzeżenia kliniczne tłumaczy się dzisiaj równoczesnem ustaniem czynności kilku naraz gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wywołanem przez jednę i tę samą przyczynę, albo też wpływem czynności jednego gruczołu na drugi.

I tak daje się zauważyć wpływ zmian, zachodzących w narządzie rodnym kobiet, na stan i funkcye gruczołu tarczowego i nadnerczy. Ten związek uwydatnia się już w wieku pokwitania oraz podczas miesiączkowania, przy którem okresowo brzęknie gruczoł tarczowy, atoli jest już wyraźnym w czasie ciąży. — Wówczas niektóre kobiety zwykły przybierać na wadze, rysy ich grubieją, skóra się zmienia, usposobienie ulega zmianie. U innych ciężarnych kobiet stwierdzamy zmniejszenie się tolerancyi na dowóz węglowodanów w ogólności, a w szczególności u ciężarnych dotkniętych cukrzycą od dawna stwierdzono, że cukrzyca pod wpływem ciąży zwykła się pogarszać. Dodajmy do tego pewne zmiany barwikowe skóry, przypominające chorobę Addisona. Jeżeli zważymy, że z jednej strony nadnercza ulegają podczas ciąży przerostowi i że wydzielina nadnerczy, to jest adrenalina, stanowi bodziec cukrotwórczy, a z drugiej strony, jeżeli zważymy, że zazwyczaj i gruczoł tarczowy oraz przysadka mózgowa ulegają podczas ciąży zmianie i że niektóre z objawów cią-

żowych powyżej przytoczonych można odnieść do zaburzeń tarczycy, — to tu nasuwa się możliwość, że zmiany, zachodzące w narządach rodnych podczas ciąży, wywierają wpływ na układ chromochłonny nadnerczy i na wydzielanie w gruczole tarczowym i przysadce mózgowej i że ta koincydencya zmienionych wydzielin gruczołowych pozostaje w związku z klinicznym obrazem ciąży.

Prof. Gluziński zwraca uwagę, że taka sama koincydencya zachodzi w okresie przekwitania (climacterium) u kobiet. Objawy znikania czynności narządu rodnego wywołują według niego z jednej strony upośledzenie czynności tarczycy, przejawiające się w zgrubieniu rysów twarzy, szorstkości i suchości skóry, zwłaszcza na rękach, w pewnem otępieniu psychicznem i osłabieniu pamięci oraz skłonności do tycia, a z drugiej strony nastaje przy przekwitaniu odpadnięcie czynnika hamującego dla nadnerczy, które ulegają hyperfunkcyi, i tem tłumaczy się grupa takich objawów przekwitania, jak nawały krwi do głowy, silne zaburzenia naczynioruchowe, napadowe wzmaganie się parcia krwi, połączone z zawrotami głowy i tym podobne objawy.

Co się tyczy nerek, to istnieją wprawdzie pewne badania, przemawiające za tem, że w nerkach tworzy się hormon, podnoszący parcie krwi i wzmagający wydzielanie moczu, ale ostateczne wyniki tych badań dotąd nie są pewne.

Nad hormonem jelitowym (Peristaltik-hormon), który ma stanowić wydzielinę, wywołującą ruchy robaczkowe jelit, bliżej nie zatrzymuję się, bo badania dotychczasowe wogóle nie udowodniły na pewno jego istnienia i nie określiły jego natury.

Także i w dziedzinie dyagnostyki klinicznej nauka o wewnętrznem wydzielaniu zaznaczyła swoje ślady. Chcę tu wspomnieć o tak zwanym odczynie Löwiego. Gdy w ustroju ludzkim nastąpi zaburzenie wydzielania wewnętrznego tego rodzaju, że układ chromochłonny uzyskał wpływ przeważający, czyli że istnieje w ustroju chorobliwa adrenalinemia, to jeżeli u takiego chorego trzykrotnie zakroplimy do worka spojówkowego po 2 krople rozczynu 1:1000 adrenaliny, w odstępach 5 minut, wówczas przy zdrowej rogówce wystąpi w 30—60 minut wyraźne rozszerzenie źrenicy, którego w prawidłowych warunkach zauważyć nie można. Jeżeli ten odczyn jest zatem dodatni, to wykazuje on adrenalinemię. O ile u chorego dotkniętego cukrzycą jest odczyn Löwiego dodatni, to wówczas stwierdzamy, że dany cukromocz zależy od hypofunkcyi trzustki, względnie od hyperfunkcyi gruczołu tarczowego. Objaw Loewiego stwierdzano przy zatkaniu przewodu trzustkowego, przy raku i martwicy trzustki z jednej strony, a jako wynik hyperfunkcyi tarczycy przy chorobie Basedowa.

W dziedzinie lecznictwa fakta zdobyte przez naukę o wydzielaniu wewnętrznem, dały klinice w licznych przypadkach realną podstawę do działania lekarskiego.

I tak wiadomości o ciężkich zmianach następowych po całkowitem wycięciu wola skłoniły chirurgów od czasu Sicka, Juillarda, obu Reverdinów, a zwłaszcza Kochera, do zmodyfikowania operacyi wola i do częściowego tylko usuwania tarczycy. Taksamo i ginekologowie ograniczyli wskazania do zupełnego wycinania jajników. Przy przeroście gruczołu krokowego chirurgowie wycinali jądra, przez co w niektórych przypadkach dał się uzyskać zanik przerosłego sterczu, zanik, na którego wywołaniu w tym przypadku właśnie zależało. Opisano przypadki wyleczenia akromegalii przez chirurgiczne usunięcie przysadki mózgowej. Dość liczni są zwolennicy leczenia choroby Basedowa przez usuwanie wola na drodze operacyjnej. Pod wpływem nauki o wewnętrznem wydzielaniu powstało też chirurgiczne leczenie tężyczki. Leischnerowi i Eiselsbergowi udało się bowiem pomyślne leczenie tężyczki u ludzi przez przeszczepiania gruczołów przytarczycznych.

Również i przy leczeniu drogą niechirurgiczną otwarły się klinice nowe widnokręgi przez powstanie leczenia zastępczego czyli substytucyjnego, względnie organoterapii czyli opoterapii. Leczenie substytucyjne polega na tem, że podajemy choremu odpowiednio przyrządzony przetwór z tego narządu, który wskutek jakiejś wrodzonej lub nabytej niedomogi, lub z powodu schorzenia, nie spełnia odpowiednio swojej czynności. Przetworem takim staramy się zatem sztucznie częściowo lub całkowicie zastąpić schorzały narząd. Oczywiście, że entuzyazm i przesada, towarzyszące zazwyczaj nowym teoryom w medycynie, i tu popełniają wybryki przez rozszerzanie organoterapii w sposób naiwno-bezmyślny na najrozmaitsze przetwory i narządy. Tak n. p. chciano naiwnie stosować przetwory z płuc lub z gruczołów oskrzelowych przeciw gruźlicy płucnej, korę mózgową przeciw chorobom nerwowym i tym podobnie. Wszelako zadaniem medycyny krytycznej jest wypleniać takie naleciałości i ująwszy w ścisłe granice to, co jest oparte na naukowych podstawach, oddzielać od tego, co jest tylko wykwitem naiwności lub nawet czysto handlowych zapędów fabryk farmaceutycznych.

Takiem leczeniem skutecznem, opartem na nowoczesnych zasadach etyologicznych, jest podawanie gruczołu tarczowego. Pod wpływem tego leczenia poprawiają się stany hypofunkcyi tarczycy, a mianowicie obrzęk śluzowaty i pooperacyjne charłactwo z usunięcia wola. Leczenie tym gruczołem matołectwa, wywołanego przez wrodzony brak gruczołu tarczowego, pozwala wprost zwalczać i wytępiać matołectwo endemiczne, panujące w niektórych okolicach także i u nas, i leczenie to jest stosowane n. p. w Styryi na koszt państwa. Również i leczenie otyłości konstytucyonalnej dostępne jest organoterapii gruczołem tarczowym w tych przypadkach, w których otyłość powstała na tle zwolnienia przemiany materyi, związanego niewątpliwie z hypofunkcyą tarczycy. W takich przypadkach otyłości podawanie gruczołu tarczowego jest nader skuteczne, natomiast przy otyłości tak zwanej »tucznej« organoterapia bezkrytycznie zastosowana bywa nietylko bezskuteczną, ale nawet wręcz szkodliwą. Prof. Gluziński stosował z dobrym skutkiem przetwory gruczołu tarczowego przy objawach hypotyreoidyzmu, towarzyszących okresowi przekwitania u kobiet. Niektórzy autorowie polecają zamiast gruczołu tarczowego przetwory pochodne, a mianowicie tyreoglobulinę lub tyreojodynę.

Z innych leków, które wyrosły z nauki o wewnętrznem wydzielaniu, wspomnieć należy o adrenalinie, która dzięki swojemu niewątpliwemu działaniu tonizującemu znalazła rozległe zastosowanie. Weszła ona w obieg jako »adrenalina (Parke-Davis«), »suprareninum hydrochloricum syntheticum (Höchst)«, »paranephrinum (Merck)«, »epirenan« Abderhaldena, »epinephrinum« Abla, »sphygmomeninum« Fraenkla i »paraganglinum« Vassalea. Adrenalina jest najsilniejszym ze znanych dotychczas środków, zwężających naczynia krwionośne. Służy ona do tamowania krwawienia i do zwalniania wessania środków miejscowo znieczulających, a nadto do podnoszenia parcia krwi przy ciężkich zapadach. Zastosowanie adrenaliny nie jest jednakże organoterapią w ścisłem znaczeniu tego wyrazu.

Pituitryna jest to przetwór z przysadki mózgowej, zalecany w położnictwie do wzmacniania bolów porodowych.

Podawanie jajników w przetworach (ovaron, ovaripina i t. p.) stosuje się dla zwalczania objawów przekwitania, występujących po wycięciu jajników.

Gruczoły przytarczyczne (glandulae parathyreoideae), a mianowicie wyciągi ich, sporządzane przez Berkeleya, stosowano wewnętrznie lub podskórnie przeciw objawom tężyczki, wywołanej wyłuszczeniem tych gruczołów.

Mamminę (Poehla), wyciąg z gruczołu sutkowego, stosowano w pastylkach lub podskórnie dla wywołania

zmniejszania się macicy i usuwania bolów i krwotoków przy nie złośliwych nowotworach macicy.

Sperminę (Poehla), wyciąg z jąder, stosowano w postaci wstrzykiwań podskórnych jako środek wzmacniający czynność mięśni. Wyciąg z jąder jest przetworem także historycznie ciekawym, gdyż był to pierwszy przetwór, zastosowany w roku 1889 przez Brown-Sequarda na sobie samym. Liczył on wówczas 72 lat i twierdził, że pod wpływem wstrzykiwań wyciągów jądrowych podniosła się znacznie wydatność jego sił fizycznych i umysłowych. Brown-Sequard dał też początek właściwej organoterapii.

Ponieważ, jak wspomniałem powyżej, pewne zespoły objawów klinicznych dadzą się wytłumaczyć równoczesną niedomogą większej liczby gruczołów, dlatego w niektórych przypadkach chorobowych może zajść potrzeba stosowania opoterapii mieszanej, względnie skombinowanej, to znaczy, że musimy stosować równocześnie przetwory z różnych gruczołów dla zadziałania na różne grupy współczesnych objawów klinicznych o odmiennem pochodzeniu.

Z natury rzeczy muszę raz jeszcze podkreślić, że nauka o wydzielaniu wewnętrznem, pomimo, że dała klinice wiele cennych zdobyczy, mieści w swoich badaniach nader liczne i znaczne trudności, dotąd wcale nieprzezwyciężone. Liczne są przedewszystkiem trudności natury technicznej, odnoszące się do oznaczania ilości, jakości, charakteru chemicznego i działania wydzielin wewnętrznych, n. p. tarczycznej. Trudne i nieprzezwyciężone dotąd jest oznaczenie istotnego zwiększenia adrenaliny we krwi. Rozbiory wydzielin gruczołowych przemawiają za bardzo złożonym ich składem i działaniem poszczególnych składników. Tak n. p. z tarczycy otrzymywano tyreoproteid, tyreguminę, tyreoantytoksynę, jodotyrynę i tym podobne składniki. Autorowie nie wyłączają też możliwości, że jeden i tensam gruczoł wysyła do obiegu krwi równocześnie większą ilość rozmaitych hormonów. Nieraz dopiero po częściowem lub całkowitem wycięciu danego narządu można wysnuwać wnioski o upośledzeniu lub zniesieniu jego czynności z objawów następowych (cachexia strumipriva, cukrzyca trzustkowa, tetania parathyreopriva). W nauce o wydzielinach wewnętrznych jest zatem dotąd znaczna przewaga faktów niejasnych i nieudowodnionych, które tylko jako hypotezy przyjmować należy.

Atoli i cała teorya o swoiście działających hormonach sama przez się ma bardzo poważnych przeciwników. I tak lwowski profesor Popielski stoi na stanowisku, że twierdzenia o swoistem działaniu różnych narządów, względnie wyciągów narządowych, są bezpodstawne. Według niego wydzielanie, czy w trzustce, czy w gruczołach mlecznych, uzyskiwane doświadczalnie przy wstrzykiwaniach wyciągów, nie jest następstwem swoistych hormonów, lecz przy tych wstrzykiwaniach wprowadza się ciało, wykryte przez Popielskiego i nazwane przez niego wazodylatyną, które jest zawarte we wszystkich narządach bez wyjątku. Wazodylatyna wywołuje obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi i na tej drodze wywołuje wydzielanie w danym narządzie. Popielski sądzi, że przyjmowanie teoryi hormonów, jako faktami na pewno nieudowodnionej, jest wręcz dla rozwoju medycyny szkodliwe, gdyż swoiste hormony nie istnieją i lekarz nie ma możności oddziaływania zapomocą nich na czynności narządów i nie może zapomocą pewnych ciał zmienić lub poprawić odrazu czynności chorego narządu. Chcę też wspomnieć, że Popielski nie jest ze swem zdaniem odosobniony, i że n. p. fizyolog włoski Lombroso przyznaje jego twierdzeniom zupełne uzasadnienie.

Sądzę jednak, że bez względu na dalszy obrót sprawy i na sposób, w jaki zjawiska powyższe będziemy tłumaczyć, klinika została przez te badania niewątpliwie wzbogacona nowymi zasobami faktów doniosłego znaczenia. Również widoczną jest rzeczą, że nowe zdobycze fizyologii w dziedzinie wydzielania wewnętrznego, dołączając się do wiadomości współczesnej bakteryologii i nauki o odporności, wytrącają coraz bardziej klinikę z dotychczasowego łożyska tak zwanej patologii szczegółowej i coraz bardziej wprowadzają ją na tory patologii ogólnej, względnie fizyologii patologicznej. Współczesny klinicysta coraz więcej musi zwracać uwagę nietylko na stan danego narządu, który uważa za schorzały, ale także na cały ustrój, na wzajemny stosunek i oddziaływanie wszystkich narządów i na zmienioną ich czynność za życia, albowiem sekcya zwłok nie zawsze zdoła dostatecznie wytłumaczyć te sprawy chorobowe, które w danym ustroju za życia się toczyły.

Oceny i sprawozdania.

Badania czynności ucha.

Zestawił według Kobraka [1])

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Na badanie czynnościowe ucha składa się badanie czynnościowe narządu słuchu i badanie czynnościowe narządu przedsionkowego, narządu równowagi.

Narząd słuchu stanowią: część przewodząca fale głosowe, jakoto ucho zewnętrzne, błona bębenkowa, ucho środkowe wraz z kosteczkami słuchowemi, wreszcie ciecz słuchowa w przedsionku i ślimaku, i część przejmująca fale głosowe, to jest narząd Cortiego.

Narząd przedsionkowy składa się z przedsionka i trzech przewodów łukowych.

Do badania narządu słuchu posługujemy się szeptem i badaniem zapomocą strojnika, przyczem jako ogólną zasadę przyjmujemy objaw, iż gorsze słyszenie nizkich tonów odpowiada schorzeniu ucha środkowego, gdy przeciwnie, gorsze słyszenie tonów wysokich świadczy o zajęciu ucha wewnętrznego. Już więc przy badaniu szeptem powinniśmy posługiwać się słowami i liczbami o wprost przeciwnej wysokości tonu, a z wyniku możemy się oryentować co do zajęcia ucha środkowego, czy wewnętrznego. Jako prawidłową odległość słyszenia szeptu przyjmujemy odległość sześciu metrów i z niej zaczynamy, zbliżając się do badanego, mówić wyrazy, przyczem badany siedzi zwrócony ku nam bokiem, przeciwne ucho zatyka sobie palcem wskazującym odpowiedniej ręki, a drugą ręką przesłania z boku oczy.

Uzupełniająco dodaję, iż badany, u którego zniesione jest przewodnictwo powietrzne, mówi zbyt głośno, natomiast przy głuchocie błędnikowej mówi chory prawidłowo lub nawet ciszej. Przy kombinacyi uderza również mówienie głośne, a wreszcie przy zatkaniu w trąbce jednej, a jeszcze bardziej w obu, chorzy skarżą się na uczuwanie podczas mówienia huczenia w głowie własnego głosu, mówią zresztą prawidłowo.

Bez porównania ważniejsze jest badanie czynnościowe narządu słuchu zapomocą strojnika, którem stwierdzamy obok przewodnictwa dla fal głosowych drogą powietrza, przewodnictwo drogą kości, a temsamem wykryć możemy zmiany już w zakresie ucha wewnętrznego. I tu znów musimy się posługiwać co najmniej strojnikami o dwóch różnych wysokościach tonu, a mianowicie strojnikiem nizkim c i strojnikiem wysokim c^4; nadmienić tu można, iż według Bezolda niesłyszenie drogą powietrza strojnika a^1 oznacza głuchotę drogą powietrza, czyli dla mowy. Prawidłowo słyszymy strojnik przystawiony za uchem lepiej drogą powietrza, aniżeli drogą kości, i mówimy o tak zwanym objawie Rinnego dodatnim, to znaczy, iż gdy już nie słyszymy strojnika drogą kości, powinniśmy go słyszeć dalej drogą powietrza. Przy zajęciu ucha środkowego objaw Rinnego wypadnie ujemnie, a nawet słyszenie strojnika drogą kości

[1]) Kobrak. Funktionsprüfungen des Ohres. Lipsk 1911.

wydaje się jakby przedłużone w porównaniu do wyniku badania ucha, w którem nie ma zaburzenia w przewodnictwie drogą powietrza, czy kości. Przy przeszkodzie w uchu zewnętrznem nie mówi się o badaniu słuchu szczegółowem, a jedynie z grubsza oryentować się możemy; badanie bystrości słuchu odnosi się do zmian w uchu środkowem i wewnętrznem.

Strojnika, ustawionego na środku głowy, nie powinien badany ze zdrowym słuchem słyszeć lepiej po jednej stronie, a dopiero wtedy odnosi go na pewną stronę, gdy przewodnictwo powietrzne jest gorsze; mówimy wtedy o próbie Webera, która odpowiadać będzie ujemnemu objawowi Rinnego.

Wreszcie, ponieważ przy zajęciu ucha środkowego przewodnictwo drogą kości jest co najmniej tak długie, jak w uchu prawidłowem, a nawet dłuższe, określamy wynik jako próbę Schwabacha słyszaną do końca, względnie przedłużoną.

Ogólnie więc wynik badania przy zajęciu ucha środkowego wypadnie w ten sposób, iż tony nizkie będą gorzej słyszane niż wysokie, przy próbie Webera odnosi badany dźwięk na stronę zajętą, objaw Rinnego ujemny, a Schwabacha słyszalny do końca lub przedłużony.

Gdy jednak zajęte jest ucho wewnętrzne, wtedy zauważymy, iż objaw Rinnego wypadnie dodatnio, objaw Webera na stronę zdrową, a objaw Schwabacha przeciętnie bywa skrócony, choć to zależy od tego, czy ton strojnika, którym badamy, jest zajęty czy nie. Ogólnie więc wynik badania przy zachorzeniu błędnika, względnie jego części słuchowej, wypadnie w ten sposób, iż tony wysokie będą gorzej słyszane, niż nizkie, objaw Webera wypadnie na stronę niezajętą, objaw Rinnego dodatni, a Schwabacha skrócony lub do końca. Naturalnie, iż przy zajęciu ucha wewnętrznego wysokiego stopnia, względnie nerwu słuchowego, a więc w przypadkach mniej lub więcej zupełnej głuchoty tak przewodnictwo kostne, jak i powietrzne mogą być zupełnie zniesione, tak iż jedynie objaw Webera odnoszony będzie na stronę niezajętą.

Przytem jednak pamiętać należy, iż w przypadkach doznanego rzekomo urazu, względnie wypadku, musimy się liczyć z udawaniem, które może nam sprawiać trudności w rozstrzygnięciu, czy zmiany jakieś znajdują się rzeczywiście, czy nie; ale o badaniu symulacyi niżej.

Schemat więc wyniku badania czynnościowego narządu słuchu oznaczymy sobie według wyniku prób W. R. S., dodając przy W. kreskę ukośną na prawo lub lewo od W., by oznaczyć odnoszenie objawu Webera na prawo lub lewo, względnie w razie nie odnoszenia objawu Webera, kładziemy kreskę poziomą pod W. Przy R położymy znak ujemny lub dodatni od strony odpowiadającej wynikowi badania, względnie przy zupełnej głuchocie badanego ucha pozostawimy R nie oznaczonym. S oznaczymy jako skrócony, słyszany do końca lub przedłużony, pisząc obok S z prawej, względnie lewej strony znaki *skr*, *do k.* lub *prz.* Naturalnie znowu przy zupełnej głuchocie, choćby jednostronnej, S oznaczyć się nie da, względnie do oznaczenia wymaga całego szeregu strojników, by się przekonać, czy nie pozostał jeszcze jaki z tonów. Badanie tego rodzaju tak drogą kości, jak i powietrza, przeprowadzamy w przypadkach głuchoty obustronnej, względnie głuchoniemoty, dla ćwiczenia resztek utrzymanego słuchu. Dla zwykłego badania jest jednak ta ścisłość niepotrzebna.

Wreszcie ponieważ będziemy badać jeszcze przewodnictwo drogą powietrza dla c i c^4, oznaczymy w schemacie przy c, względnie c^4 ze strony prawej czy lewej czas słyszenia jako skrócony silnie, średnio lub słabo, a więc *skr. s*, *śr.* lub *sł.* pisząc je obok $c\ p$ względnie $c^4\ p$ (przyczem p oznacza przewodnictwo powietrzne).

Jak już wspomniałem, przy badaniu czynnościowem słuchu musimy się w pewnych przypadkach liczyć z udawaniem i tu zasadniczo rozróżnić udających głuchotę jednostronną lub obustronną, od takich, którzy twierdzą, iż mają przytępienie słuchu na jednem lub obu uszach.

Z pierwszymi uporać się nieraz łatwo, gdy utrzymują, iż nie słyszą na jedno tylko ucho, a mianowicie już z badania strojnikiem przekonamy się, czy badany odpowiada podobnie do prawdy. Praktyczne jest przytem odwrócenie uwagi badanego badaniem ucha prawidłowego, a zwłaszcza udaniem z naszej strony, iż ucho to zatykamy (pozornie, bo założeniem kawałka drenu), a wtedy symulant odpowie, iż nie słyszy drogą powietrza, a odpowiedzią tą fałszywą umocni nas w przekonaniu, iż nie zasługuje w podaniach swych na wiarę. Ale symulant wprawny będzie w odpowiedziach swych ostrożny i na wszelkie pytania, odnoszone do ucha zdrowego, odpowie nam prawdziwie, jak i nie udający głuchoty. Wtedy trzeba nieraz wyłapać symulanta na odpowiedzi podczas rozmowy, przytkawszy rzeczywiście ucho zdrowe, bo gdy zdrowe ucho mu zatkamy, a na drugie rzekomo nie słyszy, nie potrafi usłyszeć naszej mowy, zwłaszcza jeżeli ją jeszcze z rozmysłu przyciszamy. Podstępów wogóle trzeba używać po razu i sprytnie, by badany nie zoryentował się, iż go wprowadzamy w błąd, choć zwykle wahaniem się w odpowiedzi zdradza się symulant, iż nie podaje prawdziwie. Tu nieraz jest praktycznie, ażeby badało dwóch lekarzy, gdyż łatwiej wtedy zmylić badanego i wyłapać na kłamstwie. Gdy mi się nie uda przy badaniu strojnikiem stwierdzić, czy badany słyszy na ucho będące w badaniu, a więc w przypadku rzekomej głuchoty jednostronnej, wtedy stosuję od szeregu już lat znany zresztą sposób zapomocą przyrządu następującego. Mianowicie dwa dreny, każdy długości około dwóch metrów, przechodzą zapomocą połączenia rurką szklanną w kształcie litery Y w dren trzeci około metra długości; pierwsze dwa dreny zakończone są nasadkami do ucha, a dren trzeci lejkiem szklannym, przystosowanym wielkością do ust. Dreny pierwsze wsadzamy do uszu badanego, który siedzi zwrócony do nas tyłem, z poleceniem przytrzymywania drenów w uszach, a sami oddalamy się w tył i mówimy pojedyncze wyrazy do lejka, a wtedy nie słyszący na jedno ucho rzeczywiście powtarzać będzie wyrazy mówione zależnie od tego, czy dren idący do ucha prawidłowego będzie otwarty, czy go zaciśniemy na chwilę równocześnie z wymawianiem wyrazu. Symulant, słyszący wyrazy w obu uszach bez różnicy, zawaha się w odpowiedzi, w końcu zdecydować się musi na odpowiedź, bo przecież sam nie twierdzi, iż i drugiem uchem nie słyszy, a wtedy musimy go wyłapać na powtórzeniu wyrazu, gdy na chwilę zacisnęliśmy dren idący do ucha prawidłowego. Jeden wyraz, powtórzony uchem rzekomo głuchem, wystarczy do zdemaskowania badanego. Czasem się zdarza, iż ktoś, co twierdzi, iż na jedno ucho jest głuchy, przecież w uchu tem ma może przytępienie słuchu, które jednak wobec twierdzenia głuchoty oznaczyć się nie da, a ograniczyć się musimy do orzeczenia, iż badany rzekomo głuchem uchem słyszy, bez możności ewentualnego stwierdzenia stopnia bystrości słuchu, wobec twierdzenia badanego, iż nic nie słyszy.

Podobnem badaniem jest mówienie równoczesne przez dwa dreny, do obu uszu, do czego zresztą potrzeba dwóch badających, a wtedy tylko rzeczywiście niesłyszący jednem uchem będzie powtarzać wyrazy, przyjmowane uchem zdrowem, symulant natomiast nie zdobędzie się na odpowiedź z powodu uczucia zamięszania, a przytem z obawy, by nie powtórzył wyrazu, słyszanego uchem rzekomo głuchem.

Zbyteczne byłoby wyliczanie innych sposobów badania symulacyi głuchoty jednostronnej; przytoczę jeszcze tylko sposób zapomocą dwóch strojników o tej samej wysokości tonu, z równą siłą uderzonych. Otóż prawidłowo strojnik będzie słyszany tylko po tej stronie, po której znajduje się bliżej ucha, jeżeli jednak jedno ucho nie funkcyonuje, strojnik będzie słyszany na uchu przeciwnem w odległości znacznie dalszej, aniżeli w warunkach prawidłowych, gdyby oba uszy były zdrowe.

W przypadku udawania głuchoty obustronnej do zdemaskowania potrzeba nieraz obserwacyi osób trzecich lub przypadku osobistego, którym odkryjemy kłamstwo, a ogólnie zauważyć się daje, iż głuchy rzeczywiście stara się podczas mówienia do niego widzieć nasze usta, udający zaś zachowuje się obojętnie, choć wprawny symulant będzie nas i w tym kierunku starać się oszukać.

Innego rodzaju trudności nastręczać się nam będą przy badaniu przypadków udawania przytępienia słuchu na jednem uchu, albo i na obu, i tu potrzeba nieraz badania kilkakrotnego, by z ewentualnych różnic w słyszeniu wnosić, iż badany podaje fałszywie. Liczyć się jednak powinniśmy z tem, iż może to nie być symulant prawdziwy, to znaczy słyszący zupełnie prawidłowo, ale okazujący przecież pewne przytępienie słuchu, który jednak stara się przesadzać, a wtedy wobec fałszywych odpowiedzi zajdą trudności w oznaczeniu ściśle granicy bystrości słuchu; oczywiście wyjdzie to na niekorzyść badanego, bo w ocenieniu zastrzeżemy się, iż zachodzi pewne przytępienie słuchu, ale wobec rozmyślnie fałszywych odpowiedzi trudno określić ściśle granice bystrości słuchu.

Badanie czynnościowe narządu przedsionkowego, narządu równowagi, polega przedewszystkiem na spostrzeganiu s a m o i s t n e g o   d r ż e n i a   o c z u, które występuje przy końcowem zwróceniu gałek ocznych na stronę zdrową. Obok tego badani doznają podmiotowo, niezależnie od samoistnego drżenia oczu, także uczucia zawrotu głowy na stronę zdrową, zwłaszcza przy zwróceniu się na tę stronę, o czem jednak, jako o objawie podmiotowym, wspominam tylko nawiasowo. Samoistne drżenie oczu może być jednak i w obie strony, a wtedy należy zauważyć, w którą stronę będzie wyraźniejsze; również uczucie zawrotu podmiotowego może nie być ściśle określone, choć przeważać na tę lub na inną stronę.

Następnie badamy narząd równowagi c o   d o   o d d z i a ł y w a n i a   n a   c i e p ł o t ę podczas przepłukiwania ucha wodą zimną lub też gorącą. Otóż jeżeli komuś, co ma prawidłowo pobudliwy narząd równowagi, w prostem ustawieniu głowy przepłukujemy ucho wodą zimną około 18° C mającą, zauważymy po pewnym czasie (20—30 sekund) wystąpienie drżenia oczu na stronę przeciwną, które trwa około $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ minuty i któremu towarzyszą uczucie zawrotu w głowie, nudności, a nawet wymioty. Jeżeli zaś ucho prawidłowo pobudliwe przepłukujemy wodą gorącą około 42—45 C, to wtedy drżenie oczu wystąpi na stronę, którą przepłukujemy. Drżenie oczu bywa poziome albo obrotowe, zależnie od tego, który z łuków ulega podrażnieniu, poziomy czy prostopadły, co zależy od ustawienia głowy, ale rzeczywiście rzadko się spostrzega drżenie oczu wyłącznie poziome albo wyłącznie obrotowe, lecz zwykle jest drżenie oczu mieszane z przewagą poziomego albo obrotowego.

Ponieważ samoistne drżenie oczu występuje przy końcowem ustawieniu gałek ocznych, dlatego obserwując drżenie oczu, wywołane sztucznie, powinniśmy oczy ustawić w pozycyi między ustawieniem końcowem i średniem, w każdym razie w takiej, w której jeszcze samoistne drżenie oczu nie występuje, choć wzmocnienie wyraźne samoistnego drżenia oczu działaniem sztucznem możemy zapisać jako wynik badania.

Jeżeli mamy samoistne drżenie oczu na jedną tylko stronę, to ciepłotę płukania powinniśmy zastosować taką, by sztucznie wywołane drżenie oczu nie zeszło się z drżeniem samoistnem, to znaczy, jeżeli mamy drżenie samoistne na prawo, a chcemy badać oddziaływanie na ciepłotę lewego ucha, to wybierzemy wpierw płukanie wodą gorącą, gdyż zimna wywołałaby drżenie oczu na tę stronę, na którą już istnieje samoistnie drżenie i naodwrót.

Jeżeli drżenie oczu samoistne istnieje na obie strony, a chcemy badać oddziaływanie lewego ucha, to ustawiamy oczy na prawo aż do wywołania samoistnego drżenia, a wtedy przepłukujemy ucho lewe wodą gorącą, obserwując, czy drżenie oczu nie zwróci się na stronę płukaną, by zresztą po pewnej chwili napowrót przejść w drżenie samoistne, wywołane odpowiedniem ustawieniem gałki ocznej. Przy dobrze pobudliwym narządzie przedsionkowym otrzymamy wynik dodatni, mogąc na pewno twierdzić, iż sztucznie wywołane drżenie oczu pochodzi od strony badanej. Podobnie badamy pobudliwość błędnika strony przeciwnej.

Po zbadaniu oddziaływania na ciepłotę, przechodzimy do zbadania przedmiotowego zaburzenia równowagi, do p r z e d m i o t o w e g o   z a w r o t u według sposobu Romberga, a wtedy zauważymy, że objaw ten występuje zawsze na stronę zajętą. Objaw ten wywołamy jeszcze wybitniej, polecając badanemu w pozycyi Romberga skok w tył, musimy jednak chronić badanego przed upadkiem na stronę chorą.

W schemacie badania zapiszemy więc dalej wynik badania co do samoistnego drżenia oczu, oddziaływania na ciepłotę i przedmiotowego zawrotu, jednej lub obu stron, zależnie od potrzeby. I to zwyczajnie wystarcza do zbadania sprawności narządu równowagi, co w przypadkach rzekomo doznanego urazu, względnie wypadku, ma obok zbadania słuchu rozstrzygające znaczenie w rozpoznaniu uszkodzenia błędnika, czy spraw następowych. Rozumie się, iż możemy się spotkać z zaburzeniem w części słuchowej błędnika przy zupełnie prawidłowo pobudliwym narządzie równowagi, jak i na odwrót możemy znaleźć zaburzenie w narządzie równowagi przy prawidłowym słuchu.

Innym jeszcze sposobem, który zresztą potwierdzi tylko wynik oddziaływania na ciepłotę, jest drżenie oczu i   z a w r ó t   o b r o t o w y, a względnie d r ż e n i e   o c z u   n a s t ę p o w e. Wiadomo, iż jeżeli się obracamy w pewną stronę, to po pewnym czasie doznajemy uczucia zawrotu na tę stronę, a przytem zauważono, gdy obroty te wykonywano celowo, wystąpienie drżenia oczu na tę stronę. Ponieważ jednak bodziec przy obrotach działa na oba błędniki, choć silniej na błędnik tej strony, na którą wykonujemy obroty, a więc i drżenie oczu obrotowe będzie wywołane z obu błędników, a mianowicie silniej z błędnika tej strony, na którą zwrócony jest obrót, a słabo z błędnika strony przeciwnej. Wynik więc badania byłby niepewny, gdyby nie tak zwane następowe drżenie oczu, które występuje po pewnym czasie po obrotach i ma kierunek stale przeciwny, aniżeli drżenie oczu obrotowe, występujące podczas obrotów. Natężenie więc występującego zawrotu podmiotowego podczas obrotów odpowiada oddziaływaniu narządu łukowego tej strony, na którą wykonujemy obroty, natężenie zaś względnie trwanie następowego drżenia oczu po zawrotach jest wyrazem oddziaływania narządu łukowego strony przeciwnej, jak kierunek obrotów.

Następowe drżenie oczu ma praktycznie wielkie znaczenie, gdyż obserwacya obrotowego drżenia oczu podczas obrotów natrafia na trudności, przeszkadza w obserwacyi zawrót, natomiast drżenie oczu następowe może być dokładnie obserwowane, właściwie zapisane. I tu znów musimy wprzód zauważyć, na którą stronę jest drżenie oczu samoistne, by uniknąć zejścia się następowego drżenia z drżeniem samoistnem, a gdy to jest nieuniknione, to wtedy nie spostrzega się następowego drżenia przy końcowem ustawieniu gałki ocznej, ale w ustawieniu pośredniem między końcowem a środkowem, w którem jeszcze samoistne drżenie oczu nie występuje.

Następowe drżenie oczu wywołujemy w ten sposób, iż przy zamkniętych oczach obracamy badanego na krześle obrotowem z głową nachyloną naprzód, w około 20 sekundach 10 razy, albo obracamy go w postawie stojącej i nie obserwujemy drżenia oczu obrotowego, jaki przy prawidłowej pobudliwości błędnika będzie na stronę obrotów, ale obserwujemy drżenie oczu, jakie występuje po zaniechaniu obrotów, a które będzie na stronę przeciwną.

Zawrót przedsionkowy, który stale towarzyszy kierun-

kowi obrotów i, jak wspomniałem, przeszkadza obserwacyi obrotowego drżenia oczu, ma jednak przecież znaczenie dla badania sprawności przedsionka, bo odpowiada stronie obrotów, a obok niego obserwowane drżenie oczu następowe na stronę przeciwną będzie wyrazem sprawności narządu równowagi strony przeciwnej.

W ten sposób uzupełnilibyśmy wynik badania, zapisując objaw obrotowego zawrotu podmiotowego i obrotowego drżenia oczu następowego; przy obrotowym zawrocie należy zauważyć, przy którym z rzędu obrocie zaczyna zawrót występować i z jakiem nasileniem wogóle, jak również czas trwania następowego drżenia oczu. Przy prawidłowej pobudliwości tak zawrót obrotowy, jak i następowe drżenie oczu wystąpią wyraźnie, pierwszy już gdzieś po piątym obrocie, a drugi po dziesięciu obrotach trwać będzie silnie z jakie 30 sekund. Praktycznie przedstawia się to tak: Przypuśćmy, iż przy obrotach na prawo zawrót obrotowy występuje już po 5 obrotach, następowe zaś drżenie oczu trwa krótko i słabo, przy obrotach zaś na lewo zawrót występuje słabo, a natomiast następowe drżenie oczu silnie i długo, — to to będzie dowodem prawidłowej pobudliwości narządu łukowego prawego.

Mówiąc o pobudliwości narządu przedsionkowego, należy wspomnieć o tak zwanym objawie przetokowym. W przypadkach przewlekłego ropienia z ucha środkowego, które wywołało wytworzenie się przetoki do narządu łukowego, możemy przez tę przetokę zadrażnić wprost narząd łukowy tej jednej strony. Jeżeli mianowicie będziemy balonem, szczelnie założonym do przewodu zewnętrznego, powietrze zgęszczać, względnie rozrzedzać, to zauważymy w razie obecności przetoki łuku i to poziomego, jako najbliższego wewnętrznej ściany jamy bębenkowej, przy zgęszczaniu powietrza drżenie oczu na stronę chorą, a przy rozrzedzaniu drżenie oczu na stronę zdrową. Mówimy wtedy o objawie przetokowym dodatnim, który świadczy o pobudliwości błędnika. Ujemny jednak wynik nie jest dowodem braku pobudliwości błędnika, a temsamem objaw ten niema znaczenia dla badania sprawności błędnika, a więcej ma znaczenie dla rozpoznania przetoki.

Wreszcie znamy jeszcze drżenie oczu galwaniczne, mianowicie prąd o sile 2—5 M A, postawiony przed uchem biegunem dodatnim (anodą) wywołuje drżenie oczu na stronę przeciwną, a postawiony biegunem ujemnym (katodą) — drżenie oczu na tę samą stronę. Sposób ten jednak znajduje się jeszcze w okresie prób, jest więc za mało zbadany, by wyniki jego można już dziś zalecić do celów praktycznych.

W praktyce więc badać trzeba najpierw dokładnie narząd słuchu, a potem narząd przedsionkowy, a mianowicie samoistne drżenie oczu, potem oddziaływanie na ciepłotę, wreszcie zachowanie się objawu Romberga. Dodatkowo możemy badać objaw zawrotu obrotowego wraz z drżeniem oczu następowem.

Objaw przetokowy pozostanie dla przypadków, gdzie klinicznie może to mieć znaczenie w rozpoznaniu przetoki.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bloch. **Badania doświadczalne nad idiosynkrazyą do jodoformu.** (Zeitft. f. exp. Path. u. Th. 9, III). Badania u trzech chorych wrażliwych (zwłaszcza na skórze) bardzo na jodoform wykazały, że wrażliwość ta właściwie nie dotyczy wcale jodu, ale raczej grupy metylowej CH_3 i jej pochodnych. Wrażliwości tej nie udaje się przenieść na zwierzęta krwią lub sokami, natomiast płat skórny, przeszczepiony z człowieka czułego na innego, zachowuje te cechy nadal. K.

Dutoit. **Nowe wyniki badań nad grasicą.** (Med. Klinik 1912, Nr 7). Co do czynności i znaczenia grasicy panowały w nauce różne zapatrywania. T. zw. »asthma thymicum« jedni odnosili do wpływów mechanicznych, ucisku np. wskutek napływu krwi, inni do kurczu głośni, a częste śmiertelne zejścia do t. zw. limfatycznej konstytucyi i porażenia serca. Krok naprzód postąpiono dopiero przy pomocy chirurgii i doświadczeń na zwierzętach. Rehn twierdzi, że przyczyną śmierci t. zw. grasiczej jest zawsze ucisk, a popiera to zdanie obecnie statystyką przeszło 20 operacyi. Jaśniejsze światło na czynność grasicy rzucają dopiero ostatnie doświadczenia, a zwłaszcza prace Vogta i Klosego. Wynika z nich, że grasica stoi przedewszystkiem w związku z układem kostnym ustroju. Usunięcie jej wywołuje brak wapna w ustroju, zatrucie kwasami i zmiany, przypominające żywo krzywicę, a innym znów razem tężyczkę u dzieci. Zwierzęta tracą przytem inteligencyę (idiotia thymipriva), bardzo tyją, a w końcu zapadają w charłactwo. Tycie jest skutkiem przeładowania ustroju kwasem nukleinowym, wywołującym rozrost tkanki tłuszczowej. Wynika z tego, że wycinać można grasicę tylko częściowo, a w razie braku jej czynności próbować leczenia środkami alkalicznymi. K.

Schuster. **Wąglik, a salwarsan.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 7). W związku z publikacyą Beckera o korzystnem działaniu salwarsanu przy wągliku, podał S. doświadczenia na zwierzętach. Używał do tego królików i hodowli wąglika o różnej a znanej jadowitości. Przedewszystkiem przekonał się tedy, że przy równoczesnem zakażeniu wąglikiem i stosowaniu śródżylnem salwarsanu (0·04 na kg.) udaje się zawsze zwierzęta uratować. Zwykle dzieje się to jeszcze do 12 godzin, natomiast skutek stosowania salwarsanu po 12 godzinach jest już wątpliwy, t. j. wąglik może wystąpić, względnie przebiegać ciężko. Zresztą nie ulega wątpliwości, że salwarsan, stosowany w powyższej ilości, może leczyć króliki z zakażenia, zwykle zresztą przebiegającego śmiertelnie. Jeżeli zważymy, że u królika przebieg choroby jest zwykle znacznie cięższy, niż u człowieka, to można mieć nadzieję, że leczenie salwarsanem będzie u człowieka jeszcze skuteczniejsze i w ciężkich przypadkach należy je też obecnie bezwarunkowo stosować. K.

Mertens. **O wstępującem ropnem zapaleniu otrzewnej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 5). Bardzo znamienne jest wstępujące ropne zapalenie otrzewnej u małych dziewczynek, które opisał Riedel. Bierze ono początek z części rodnych i drogą jajowodów przenosi się na otrzewnę. Zwykle przypady są bardzo ciężkie, wymagające interwencyi chirurgicznej. Zakażenie samo pochodzi z ranek, zadanych na częściach rodnych przez silne ich drapanie, np. wskutek swędzenia wywołanego pasorzytami (oxyuris). Jajowód u dzieci ma więcej prosty przebieg, stosunkowo duże światło, a nabłonek migawkowy jeszcze nie działa, co ułatwia dostawanie się zarazków do otrzewnej. Operować należy energicznie, otworzyć brzuch z obu boków i tamponować aż do jamy Douglasa. Mertens opisuje 5 przypadków operowanych, z czego 3 wyzdrowienia, dwa przypadki śmierci. Riedel operował 10 przypadków; wszystkie operowane zmarły. Rokowanie jest więc bardzo poważne. W ropie spotyka się paciorkowce i prątki okrężnicy. K.

Janssen. **Wskazania do operacyjnego leczenia przerostu sterczu.** (Med. Klinik 1912, Nr 9). Jak każda modna operacya, tak i wycinanie sterczu stosowane bywa nieraz niewłaściwie, t. j. tam, gdzie możnaby się obejść i innem leczeniem. Nie należy operować np. przy silnem zakażeniu, dalej w samych początkach choroby (bo tu osiągnąć można i bez operacyi dobry skutek), a dalej w razie zupełnej niedomogi mięśniowej pęcherza. Cewnik choremu dać można do ręki tylko wtedy, gdy mocz nie jest już

czysty, we wszystkich innych przypadkach powinien cewnikować tylko lekarz. Gdzie operować nie można, stosujemy inne sposoby, a zwłaszcza zaleca J. t. zw. cystostomozę Witzla, t. j. utworzenie zapomocą trójgrańca skośnege kanału do pęcherza i wprowadzenie tamtędy sączka na stałe. Co do wycięcia sterczu, to polecenia godnym jest tylko zabieg przez pęcherz (transvesical). K.

Heyde. **O przyczynach śmierci z oparzenia.** (Med. Klinik 1912, Nr 7). Śmierć z oparzenia wystąpić może zaraz po wypadku, w pierwszej dobie, lub nieraz, co najciekawsze, w 12—15 dni, czasem nagle wśród najlepszego zresztą stanu. Ciężki stan nie stoi nieraz w prostym stosunku ze stopniem oparzenia. Po ustąpieniu pierwszego wstrząsu chorzy stają się nieraz niespokojni, występują kurcze i drgawki, oddech typu Cheyne-Stokesa, ilość moczu zmniejsza się, ciepłota opada i następuje śmierć. Przyczynę Sonnenburg odnosi do odruchowego porażenia serca, Ponfick i Fränkel do zmian składu krwi, a pośrednio do uszkodzenia nerek, Tappeiner do wielkiej utraty płynu i t. p. Wielkie zajęcie wzbudzały teorye zatrucia. Parascandolo odnosił śmierć do zatrucia spalonem białkiem, Reiss do zasad pirydynowych i t. p. Pfeiffer twierdzi, że w moczu oparzonych wykazać się dają dwie substancye: jedna neurotoksyczna, a druga mająca własność wywoływania zgorzeli. Według autora śmierć z oparzenia uważać należy tylko za wynik uczulania ustroju przez ciągłe, a wolne wessanie ciał z ogniska oparzelinowego (anaphylaxia). Najprawdopodobniej główną rolę odgrywa tu ciało, analogiczne do metylgwanidyny. Przeciwko temu ciału znamy odtrutki w postaci chlorku wapna i atropiny, co może da się wyzyskać leczniczo. Próby dotychczasowe autora wypadły dodatnio. K.

Położnictwo i ginekologia.

Boquel. **O leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej w połogu.** (Archives mens. d'obstétr. et de gynéc. styczeń 1912). Chirurdzy, którzy żądają przy objawach zapalenia otrzewnej szybkiej interwencyi i usunięcia punktu wyjścia zapalenia, nie uwzględnili w swojej dyskusyi zapalenia otrzewnej, występującej w przebiegu połogu, jak wogóle zapalenia otrzewnej, wychodzącego z narządów rodnych. Ginekolog i położnik musi drugi punkt żądań chirurgów, którym byłoby tu usunięcie macicy, wogóle odrzucić, między innemi ze względu na smutne wyniki, jakie otrzymano w przypadkach ciężkich i na niepewność rokowania. Autor jest zwolennikiem zdania Dolerisa, że zapalenie otrzewnej nie może być wskazaniem do usunięcia macicy w przypadkach zakażenia połogowego.

W sprawie zaś interwencyi chirurgicznej, t. j. laparotomii lub kolpotomii, a zatem otwarcia i oczyszczenia jamy brzusznej niezależnie od punktu wyjścia zapalenia otrzewnej, nasuwa decyzya w przebiegu połogu również wielkie trudności. Trzeba tu zawsze uwzględnić dwie strony: zapalenie otrzewnej i zakażenie ogólne. Dla wyświetlenia sprawy, czy zabieg operacyjny może tu wstrzymać rozwój zapalenia otrzewnej, przytacza autor 27 przypadków: 14 razy wykonał laparotomię z sączkowaniem, 13 razy leczył zachowawczo. Były to przypadki zapalenia otrzewnej, powstałego w połogu bądź po porodzie, bądź po poronieniu, wychodzącego bądź z macicy, bądź z innych narządów. W 4 przypadkach rozpoznanie nie nasuwało trudności. Z tych 2 nieoperowane zmarły, 2 operowano: 1 wyleczona, 1 zmarła. W 23 przypadkach zapalenie otrzewnej, połączone z zakażeniem ogólnem, nasuwało olbrzymie trudności rozpoznawcze. Z tych operowano 14 chorych, 8 wyleczeń, 4 zmarły; 11 leczono zachowawczo: — 5 wyleczeń, 4 zmarły.

Na zasadzie tego materyału autor nie może się oświadczyć stanowczo za interwencyą chirurgiczną ze względu na owe trudności rozpoznawcze i niepewne rokowanie. Jest jednak wielkim jej zwolennikiem i poleca dalsze badania w tym kierunku. Przekłada on laparotomię nad kolpotomię, łączy z nią stale sączkowanie, często odkażenie jamy macicy zapomocą jodu lub łyżeczki. Jednocześnie stosuje surowicę przeciwpaciorkowcową, elektrargol, oliwę kamforową. Nie usuwa nigdy macicy, ani zapalnie zmienionych przydatków »na gorąco«, to jest w czasie zapalenia.
A. Markowa.

Lindstaedt. **O wzmożonem usposobieniu do rozwoju raka w czasie ciąży.** (Zeitschr. f. Krebsforschung 1912, I). Na zasadzie własnych 5 przypadków i dużego materyału sekcyjnego i statystycznego twierdzi autor, że rozwój raka u kobiet przypada na okres dojrzałości płciowej, przyczem wielką rolę gra ciąża. Raki żołądka powstają przeważnie u kobiet młodych (w przypadkach autora ciężarne chore na raka żołądka miały 22, 25, 31, 31 i 33 lat), raki macicy między 30—50. rokiem życia. Autor sądzi, że nie jest to przypadkowy zbieg okoliczności, lecz że gra tu rolę ogólne obniżenie odporności ustroju w czasie ciąży, znaczna skłonność do spraw proliferacyjnych, jaką w rozmaitych tkankach w czasie ciąży stwierdzamy, że jednem słowem ciąża wpływa dodatnio na powstawanie i rozwój raka. Wskazuje na trudności rozpoznawcze, dotyczące szczególniej raka żołądka, którego objawy kryją się poza objawami ciąży, występującymi ze strony przewodu pokarmowego i żąda, by statystyki raka u kobiet uwzględniały dokładnie przebyte ciąże i wiek chorych, gdyż tego rodzaju ugrupowanie materyału przyczyniłoby się w znacznym stopniu do wyświetlenia związku między ciążą a rakiem.
A. Markowa.

Esch. **O toksyczności moczu i surowicy przy rzucawce porodowej.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 9). Wprowadzając śródsercowo świnkom morskim mocz, pochodzący z 2 przypadków rzucawki porodowej, spostrzegał autor objawy chorobowe, odpowiadające wstrząsowi anafilaktycznemu. Te same własności trujące miała surowica owych 2 rodzących; wody płodowe nie były trujące. Własności trujące moczu wystąpiły niezależnie od ciężaru gatunkowego, stopnia kwaśności i zawartości białka i znikały w miarę przechowywania moczu, a kilkakrotne nawet gotowanie nie wywierało na nie wpływu. Objawy zatrucia nie występowały tylko wtedy, gdy zwierzę było w stanie antyanafilaktycznym. Wstrzyknięcie podskórne tego moczu nie dawało odczynu miejscowego, tem mniej nie wywoływało martwicy. Dalsze badania wykazały, że surowica zdrowej ciężarnej i surowica kobiety nieciężarnej, zmieszana z owym moczem, pozbawia go własności trujących. Te więc surowice mogłyby mieć własności lecznicze.

Autor przypuszcza, że w czasie rzucawki następuje parenteralny rozpad białka wskutek uszkodzeń, powstających w narządach miąższowych. Rozpad ten mógłby być źródłem owych ciał trujących, opuszczających ustrój razem z moczem. Esch przypomina stwierdzony przez siebie fakt, że i w połogu prawidłowym w późniejszych jego dniach stwierdzał pewną toksyczność moczu i poleca dalsze badania w celu wykrycia związku między stwierdzonymi przez siebie faktami. A. Markowa.

Bataski. **O leczeniu rzucawki porodowej zapomocą nakłucia lędźwiowego.** (Annales de gynec. et d'obstétr. 1912, styczeń). Wysnuwając wniosek z prac o znaczeniu zmian w ciśnieniu krwi w tętnicach, postanowił autor zmodyfikować leczenie rzucawki porodowej. Mianowicie tam, gdzie w przebiegu rzucawki stwierdzał objawy stale wzmożonego ciśnienia tętniczego, stosował prócz środków narkotycznych i dyety mlecznej pozbawionej soli nakłucie lędźwiowe zamiast praktykowanego dotąd upustu krwi z żyły. Metodę tę stosował w 2 przypadkach rzucawki, z których jeden wystąpił u wieloródki pod koniec ciąży, a drugi u pierwiastki w przebiegu porodu, i raz u ciężarnej pierwiastki w 6. miesiącu, gdzie wystąpiły objawy zapowiadające rzucawkę. Wydobył 35, 25 i 20 cm^3 płynu mózgowordzeniowego, który wytryskał w silnym promieniu. Płyn ten zawierał znaczne ilości białka, poza tem nie był jednak badany. Objawy rzucawki ustępowały natych-

miast. Wszystkie chore zostały wyleczone, a w trzecim przypadku płód w łonie matki utrzymany przy życiu.

A. Markowa.

Planchu. **O związku między śmiertelnością płodów przedwcześnie urodzonych, a przyczyną porodu przedwczesnego.** (Archives mens. d'obstetr. et de gynéc. styczeń 1912). Autor badał związek, zachodzący między śmiertelnością płodów przedwcześnie urodzonych, a przyczyną porodu przedwczesnego, na materyale dotyczącym 541 noworodków. Pod uwagę brał tylko te, które ważyły powyżej 1500 gramów, a daty kliniczne dotyczące matek i prawdopodobnych przyczyn porodu przedwczesnego miał w 179 przypadkach. Według tych danych rozstrzygający wpływ na przyszłość noworodka wywiera kiła i gruźlica. Przy kile zmarło na 16 przedwcześnie urodzonych 11, t. j. śmiertelność w korzystnych warunkach (żywienie piersią, leczenie rtęcią) wynosi 68%. 41 przypadków odnosi się do gruźlicy. Przyrost dzienny noworodków ważących 1500—1700, stanowi 5—8 gr., powyżej 1700—18 gr., powyżej 2250 przyrost taki sam, jak u przedwcześnie urodzonych, a pochodzących z matek zdrowych. Chorobliwość znaczna, dotyczy głównie przewodu pokarmowego i oddechowego. Śmiertelność = 14·6%. Przyczyną śmierci najczęstszą jest zapalenie płuc i oskrzeli.

Powodami przedwczesnego porodu, nie wywierającymi jednak zarazem wpływu na żywotność i śmiertelność noworodków, są stany chorobowe serca i nerek matki, ciąża bliźniacza, sprawy przypadkowe i t. d. Za typ można uważać noworodka, pochodzącego z ciąży bliźniaczej. Autor spostrzegał 47 przypadków. Dzienny przyrost: 12, 18, 20 gr., zależnie od pierwotnej wagi. Nieznaczne obniżenie ciepłoty ustępuje nawet bez pomocy cieplarki (couveuse) w sali, ogrzanej do 18—20°. Chorobliwość nieznaczna, śmiertelność nietypowa = 4·2%. Dzieci, przedwcześnie urodzone wskutek zabiegów położniczych, miały się dobrze (26 przypadków). Białkomocz i wada serca matki również nie wywierały ujemnego wpływu na noworodki.

A. Markowa.

Okulistyka.

Żwikowski. **O południkach miarowych oczu niezbornych.** (Postęp okul. 1911, Nr III—IV). Autor rozpatruje optyczne stosunki oczu niezbornych pod jednym tylko względem, mianowicie zwraca uwagę na zachowanie się południków miarowych. W przypadkach niezborności mieszanej (astigmatismus mixtus, hyperopico-myopicus) istnieją dwa południki główne, odpowiadające najsilniejszej (Mp) i najsłabszej (Hp) refrakcyi, oraz dwa południki o refrakcyi miarowej (Em). Południki te przebiegają w jednakowej odległości kątowej od obydwu południków głównych t. j. pod 45° od nich, — jeśli stopień krótkowidztwa w jednym południku głównym równa się stopniowi nadmiarowości oka w drugim. Jeśli zaś południki krótkowzroczny i nadwzroczny mają niejednaką ilość dyoptryi, to południki miarowe zbliżają się do tego z głównych, który ma mniejszą ilość dyoptryi, który zatem bardziej jest zbliżony do miarowości oka (emmetropii). Widzimy z tego zarazem, że południki miarowe tylko wtedy są prostopadłe względem siebie, gdy główne mają jednaki stopień ametropii, w przeciwnym razie kąt między nimi nie jest prosty. Pod wpływem akomodacyi, która zwiększa niedomiarowość w południku krótkowzrocznym, natomiast zmiejsza nadmiarowość w południku nadwzrocznym, południki miarowe wykonują ruch, zbliżając się ku temu ostatniemu, a wreszcie spływają z nim w jeden południk miarowy w chwili, gdy akomodacya wyrówna zupełnie nadmiarowość. Przy dalszem napięciu akomodacyi znika i ten jedyny południk miarowy. Autor porównywa ruchy południków miarowych przy napięciu i zwolnieniu akomodacyi z ruchami, jakie wykonują szczęki zamykanych i rozwieranych nożyc. W analogiczny sposób rozpatruje autor zachowanie się południków miarowych w różnych innych rodzajachn iezborności. K. W. Majewski.

Noiszewski. **Leczenie kataforezą galwaniczną ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i pozaplamkowych w naczyniówce.** (Postęp okul. 1911, Nr 11—12). Kataforezą nazywamy wprowadzanie leków do ustroju przez nieuszkodzoną skórę zapomocą prądu galwanicznego. Wiadomo, że prąd elektryczny może przenosić cząsteczki ciał od anody do katody, jak to widzimy na cząsteczkach węgla w lampie łukowej Davyego. Przemieszczenia cieczy w tymże kierunku dowiódł Quincke. Kühne spostrzegał przesuwanie się treści żywego włókna mięśniowego w kierunku od anody do katody. Należy zaznaczyć, że przemieszczeniu ulegają nietylko ciecze nieulegające rozkładowi, ale i elektrolity, przytem jedne ze składników mogą być wprowadzone w głąb ciała tylko przez anodę (np. metale i alkaloidy), drugie tylko przez katodę (np. kwasy i metaloidy). Richardson używał jako elektrody kawałka zwykłej gąbki, napojonej rozczynem leku. Wagner i Lewandowski wprowadzali w ten sposób do tkanek przez nieuszkodzoną skórę rozczyn kokainy i uzyskiwali głębokie znieczulenie, Munk rozczyny jodku potasu i chininy, stwierdzając następnie ich obecność w ślinie i w moczu, inni tą samą drogą przez nienaruszone powłoki zatruwali strychniną króliki, które ginęły już po upływie kilku minut.

W przypadkach ognisk poudarowych w plamce żółtej, zwłaszcza, jeśli ubytek w polu widzenia jest niezupełny i dodatni (scotoma relativum et positivum), co świadczy o częściowem przynajmniej zachowaniu wrażliwych składników siatkówki, stosuje autor od dawna z powodzeniem kataforezę przy użyciu podanej przez siebie hydroelektrody. Dobre wyniki, tym sposobem uzyskiwane, objaśnia on tem, że prąd, przenosząc ciecze i cząstki stałe od anody do katody, usuwa resztki pokrwotoczne i pozapalne z jamki naośnej siatkówki. Równocześnie wchodzi w grę niewątpliwie pewnego stopnia jonizacya, a w zachowanych częściach ożywcze działanie katalityczne. W przypadkach, gdzie odrazu nastąpiło znaczniejsze zniszczenie tkanki siatkówkowej, czemu zwykle towarzyszy »scotoma centrale absolutum et negativum«, nie można się oczywiście spodziewać większych skutków po kataforezie. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1912 r.

Przewodniczący Dr Janiszewski. Obecnych 100.

1) Prof. Rosner wygłosił wykład: **Z pogranicza położnictwa i chirurgii.**

Prelegent powołuje się na szereg przypadków klinicznych, które należały do dziedziny granicznej tych dwóch działów medycyny i wybiera z pośród nich dla dokładniejszego omówienia tylko te, w których ciąża wikłała się zapaleniem wyrostka robakowatego ślepej kiszki. Sprawą tą zajmował się prelegent dokładniej przed 10 laty i opublikował odnośne spostrzeżenia i uwagi w »Przeglądzie chirurgicznym«. Do opisanych tam przypadków dołącza obecnie sześć nowych, których historye chorób podaje w skróceniu. Zastanawiając się nad wpływem wzajemnym ciąży, porodu i połogu na zapalenie wyrostka, dochodzi R. do przekonania, że choć ciąża nie może wywołać tej choroby u osoby przedtem zdrowej, niemniej może spowodować nawrót tego cierpienia u ciężarnej, która przed ciążą przebywała zapalenie wyrostka. Szczególną skłonność do takiego nawrotu okazują ciężarne między 3. a 6. miesiącem ciąży, co wynika z zestawień statystycznych. Różnica cyfrowa, ilustrująca tę skłonność właśnie w tych środkowych miesiącach, jest tak uderzająca, że nie może być przypadkowa i zmusza do zastanowienia się nad przyczyną tego

zjawiska. Prelegent powołuje się na tablice, przedstawiające topografię jamy brzusznej kobiety ciężarnej (Varniera) i rysunki przekrojów przez ciało ciężarnej (Waldeyera) i wypowiada przekonanie, że przesuwanie kiszek ku górze i na lewo, zaczynające się w 3. miesiącu, stwarza ową skłonność do napadu.

Po dokonanem odsunięciu ruchomych pętli pozostaje po stronie prawej i poza macicą tylko ślepa kiszka z kawałkiem kiszki grubej wstępującej i jelita biodrowego i leżąc tam narażona jest na urazy ze strony macicy i płodu.

Przebieg raz powstałej choroby jest zdaniem prelegenta cięższy podczas ciąży, niż poza nią. Dowodzą tego zestawienia statystyczne, wykazujące cztery razy większą śmiertelność podczas ciąży. Na dwóch tablicach zestawił prelegent cyfry, ilustrujące wyniki leczenia zachowawczego i operacyjnego zapalenia wyrostka w ciąży i połogu. Przyczyny tej szczególnej ciężkości przebiegu dopatruje się R. w kilku okolicznościach. Za najważniejszą uważa to, że macica sąsiaduje bezpośrednio z ogniskiem zapalnem (ropniem), a ściana jej, zadrażniona w swojej otrzewnej, popada w skurcze, które ze swojej strony rozrywają otorbiające ropień zlepy. To też zwykle bezpośrednio po porodzie lub poronieniu zjawiają się objawy ogólnego zapalenia otrzewnej. Drugim ważnym czynnikiem jest fakt, że sieć, podniesiona przez macicę do góry, nie może się dostać do ogniska zapalnego i nie bierze przez to udziału w ochronnem otorbieniu ogniska. Sieci przypisuje prelegent wielkie znaczenie w przypadkach niepowikłanych ciążą i choć czasem właśnie ta sieć przyczynia się do uogólnienia zakażenia (zakrzep ropny naczyń w sieci), niemniej naogół znaczenie jej udziału w otorbieniu jest bardzo dodatnie. Wykluczenie tego czynnika w ciąży przyczynia się zdaniem prelegenta w wysokim stopniu do ciężkości przebiegu choroby. Do pewnego stopnia odgrywają tu także rolę ruchy płodu i towarzyszące ciąży zaparcie stolca.

R. omawia następnie wpływ zapalenia wyrostka na ciążę i zwraca uwagę na niezmierną częstość poronień i śmierci płodu podczas ciąży, sprawą tą powikłanej. W ostatnim przypadku, jaki spostrzegał, znalazł u płodu nieżywego czystą hodowlę p r ą t k a o k r ę ż n i c y we krwi płodowej, w łożysku i w sercu. Podobne spostrzeżenie opisał Pinard. W przypadku Rosnera w ropie w otrzewnej był oprócz prątka okrężnicy paciorkowiec ropny.

Szczegółowo omawia R. rozpoznanie tego cierpienia w ciąży, a zwłaszcza w połogu. Istnienie dużego guza macicznego w ciąży, zasłaniającego ognisko zapalne, utrudnia rozpoznanie; w połogu natomiast nie myśli się najczęściej o zapaleniu wyrostka i rozpoznaje połogowe zapalenie otrzewnej. Przytoczywszy wszystkie cierpienia, mogące tu wchodzić w rachubę w rozpoznaniu różniczkowem, zwraca uwagę na te objawy, które najbardziej za zapaleniem wyrostka przemawiają, jak wybitny udział objawów ze strony przewodu pokarmowego w zbiorze objawów choroby, nagły początek i t. d.

W sprawie leczenia zajmuje R. stanowisko radykalne i domaga się możliwie rychłej operacyi. Z sześciu na wstępie przytoczonych przypadków pięć operowano jaknajwcześniej; wszystkie chore wyszły, dwie poroniły. U jednej operacya była spóźnioną i nie zdołała uratować chorej wobec istniejącego ogólnego zapalenia otrzewnej. Z przedstawionych przez R. tablic wyczytać można, że tylko wczesne operowanie poprawić może nad wyraz smutne rokowanie w tem cierpieniu podczas ciąży. Szczególna ciężkość przebiegu wzywa do szczególnie rychłego operowania, zanim skurcze macicy zerwą ochronne zlepy otrzewnej.

Prelegent omawia następnie pokrótce wpływ zapalenia wyrostka robakowatego na powstawanie cierpień ginekologicznych, jak n. p. zapaleń jajowodów i jajników. Szczególny nacisk kładzie R. na ciążę zewnątrzmaciczną i niepłodność i dochodzi do tej konkluzyi, że rozdział chirurgii, traktujący o zapaleniu wyrostka, powinien być podzielony na dwie części i osobno opisywać powikłania właściwe płci żeńskiej, gdyż z nich wynikają odrębne wskazania.

Choćby nawet przypadek zapalenia wyrostka sam przez się nie zmuszał do operacyi, fakt, że chodzi tu o kobietę i że choroba zagraża czynności części płciowych, przechylić musi szalę na korzyść leczenia doszczętnego. (Streszczenie własne).

W d y s k u s y i przemawiali:

Prof. Kostanecki, który obszernie omówił stosunki anatomiczne ślepej kiszki, oraz wyrostka robaczkowego, podnosząc, iż nieraz w warunkach fizyologicznych spotykamy ślepą kiszkę nawet po lewej stronie brzucha, co dla rozpoznania zapalenia ma pierwszorzędne znaczenie.

Prof. Browicz: Prelegent zwrócił uwagę i położył nacisk na czasową zmianę topografii trzew brzusznych w czasie ciąży, a mianowicie na przesunięcie kątnicy z wyrostkiem robakowatym ku górze, na wpływ mechaniczny na położenie wyrostka robakowatego, mający znaczenie przy powstawaniu zapalenia wyrostka u ciężarnych. Nie ulega wątpliwości, że nieprawidłowości w położeniu wyrostka mogą mieć wpływ na powstawanie zapalenia wyrostka. Czasowa zmiana topografii kątnicy zależy jednak od bardzo częstych i w różnym stopniu napotykanych wrodzonych zboczeń w stanie kątnicy i jej przytwierdzenia na talerzu biodrowym. Spotyka się bowiem obok ściśle przytwierdzonej także w wyższym stopniu t. zw. kątnicę ruchomą, co na położenie i ułożenie wyrostka wpływ wywrzeć musi, a nieprawidłowości te wrodzone nie są wcale rzadkie. — Na powstawanie zapalenia wyrostka robakowatego wpływa jednak cały szereg czynników, szczegółów. Zapalenie wyrostka nie ma podstawy jednościowej ani pod względem bakteryologicznym, ani też anatomicznym, co Br. w zapowiedzianym na kwiecień wykładzie o etyologii wyrostka robakowatego obszernie przedstawi. (Streszczenie własne).

Prof. Kader zajmuje stanowisko radykalne i domaga się zgodnie z prelegentem możliwie rychłej operacyi przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Prof. Ciechanowski zwraca uwagę, że zewnątrzotrzewne położenie wyrostka zdaje się wcale nie być tak rzadkie, jak się pospolicie przypuszcza i jakby wynikało z przemówienia prof. Kadera. Uczyniwszy zastrzeżenie co do wartości statystyk wogóle i co do ostrożności, z jaką niemi należy się posługiwać, przypomina mowca wyniki badań, podjętych przez siebie wspólnie z Prof. Glińskim w Zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza, a obejmujących 600 przypadków. (Badania te wyszły drukiem w »Pamiętniku Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie«). Wśród tych przypadków znajdował się wyrostek cały lub większa jego część zewnątrzotrzewnie w $8 \cdot 4\%$, w czem liczono oczywiście tylko przypadki istotnie (a nie pozornie — wskutek zrostów) zewnątrzotrzewnego położenia. W przypadkach tych wyrostek najczęściej był ukryty w tkance pozakątniczej.

Kol. Blassberg w odpowiedzi na przemówienie Prof. Kadera podnosi, że wprawdzie nowoczesne prądy przyniosły racyonalny pęd do jak najrychlejszego operowania wyrostka przy zapaleniu, ale dążność ta nie jest dotąd ujęta w ściśle określone wskazania naukowe, analogiczne do wskazań n. p. położniczych. Winą tego jest obecny niedostateczny rozwój symptomatologii i dyagnostyki klinicznej, albowiem na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy nie możemy dostatecznie ocenić klinicznie stopnia sprawy zapalnej wyrostka, względnie stanu anatomo-patologicznego i wyróżnić na pewno, kiedy sprawa właściwie nadaje się do operacyi, a kiedy operacya mogłaby być zbyteczną. Dlatego dobre wyniki wczesnej operacyi z jednej strony, a mała szkoda, poniesiona przy ewentualnych zbytecznych zabiegach z drugiej strony, wywołuje praktyczny pęd do rychłej operacyi w interesie chorego. Przemy chorego do rychłej operacyi »na wszelki wypadek« tylko z powodu biernej niemożności oceny istotnego stanu i z praktycznej obawy przeliczenia się w szansach, po-

mimo, że według podań niektórych autorów w korzystnej statystyce chirurgów mieści się 10% usuniętych zdrowych wyrostków, i że 3/4, a nawet 4/5 ogółu ludzi przechodzi bezkarnie w życiu zapalenie wyrostka robaczkowego. Zabiegu chirurgicznego, uskutecznianego przy zapaleniach wyrostka, nie można też uważać za postępowanie ściśle zapobiegawcze, gdyż jako takie należałoby uważać wycinanie wyrostka robaczkowego u wszystkich zdrowych ludzi w celu ochrony przed schorzeniem. (Streszczenie własne).

Dr Engländer podnosi trudności rozpoznawcze przy zapaleniu wyrostka robaczkowego i przytacza przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego u młodej ciężarnej w VIII m. księżycowym, pierwiastki, która nigdy napadów zapalenia wyrostka nie miała. Nagle wystąpiły u niej bóle dołem brzucha, bez gorączki i bez przyspieszenia tętna, wzdęcia brzucha i wymiotów. Bóle te po lewatywach ustąpiły. Gdy ósmego dnia chora się z łóżka podniosła, zemdlała, a w parę godzin później wystąpiła gorączka 39°C, przyspieszenie tętna, wzdęcie w okolicy żołądka i wymioty niekałowe. Wobec tego rozpoznał Dr Engländer przedziurawienie wyrostka, co następowa operacya potwierdziła. Wyrostek robaczkowy leżał obumarły wolno w jamie brzusznej.

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

79. Ogólne Zebranie w dniu 29. stycznia 1912.

Obecni jako goście: Prezydent miasta p. Władysław Modzelewski, Radni honorowi miasta pp Wacław Dębowski, Stefan Hempel, Antoni Rakowski i Karol Staniszewski, inżynier m. Radomia p. Józef Wesołowski, inżynier m. Zamościa p. Władysław Lucht i redaktor »Gazety radomskiej« p. Szczęsny Jastrzębowski; członkowie Towarzystwa w liczbie 22.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Henryk Fidler, który wita zebranych i dziękuje gościom za przyjęcie zaproszenia.

Kol. Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego Zebrania, który po dopełnieniu przyjęto.

Kol. Przewodniczący omawia zarys projektu **szpitala dziecięcego** im. hr. Ożarowskich w Radomiu, zaznaczając, że dotąd szpitale wogóle nie cieszyły się poparciem i uznaniem publiczności, natomiast zagranicą już oddawna przestały być składem dla nieuleczalnych i postrachem ludności, Obecnie szpital powinien leczyć, wracać zdolność do pracy. być domem izolacyjnym w razie wybuchu epidemii. Dzień dzisiejszy uważa kol. Przewodniczący za znamienny, widząc przedstawicieli społeczeństwa, zebranych wspólnie z lekarzami w celu omówienia ważnych spraw i w tym celu odczytuje zarys projektu szpitala dziecięcego, opracowany na pięciu uprzednich Zebraniach Ogólnych członków radomskiego Towarzystwa lekarskiego i otwiera dyskusyę nad projektem.

Inż. p. Wesołowski przedstawia plan nabytego placu przy ulicy Lubelskiej, omawiając jego zalety i wady.

Kol. Przewodniczący podnosi pytanie, na ile łóżeczek ma być szpital budowany. — Po dłuższych rozprawach zdecydowano, że na 50, przyczem inż. p. Lucht ze swej strony zaznacza, że wszelkie dobudówki, rozszerzania późniejsze bardzo drogo kosztują, szpecą podczas robót instytucyę i utrudniają jej działanie i że lepiej ponieść większy wydatek odrazu, aniżeli potem stale od czasu do czasu prowadzić roboty. — Kol. Pełczyński dodaje, że w szpitalu im. Vetterów w Lublinie powstało 20 łóżeczek więcej skutkiem złożenia przez kilku ofiarodawców po 3000 rubli na utrzymanie każdego łóżeczka. Jeżeli Lublin mógł zdobyć się na coś podobnego, to można mieć nadzieję, że i Radom nie da się wyprzedzić. — Kol. Przewodniczący zaznacza, że czy szpitalik będzie budowany na 50, czy na 30 łóżeczek, zawsze funduszów na utrzymanie nie wystarczy i trzeba będzie myśleć o ich zdobywaniu, czy to biorąc opłatę od chorych, czy to uciekając się do Towarzystwa Pomocy Szpitala. — Radni honorowi miejscy pp. Rakowski i Staniszewski są za 50 łóżeczkami, zaznaczając, że na początek może być obsługiwane 30 łóżeczek, a w miarę rozwoju można będzie ilość łóżeczek powiększyć.

Kol. Przychodzki zapytuje, czyby ze względu na mający nastąpić samorząd miejski, miasto Radom nie mogło udzielić jakiejś stałej zapomogi dla szpitala od siebie. — Prezydent miasta p. Modzelewski zapytuje, czy koszta leczenia będzie można ściągać z gmin. O ile wie z obecnej praktyki, zawsze jakaś połowa zaległych należności w ten sposób bywa ściągana. Jakie będą atrybucye samorządu, nie wie, obecnie jednak oświadcza, że Władze nie są za rozpraszaniem funduszów miejskich. — Radny miasta p. Staniszewski zaznacza, że w Rosyi szpitale wogóle są utrzymywane przez samorząd ziemski, nie miejski, można się tedy spodziewać, że i u nas, o ile samorząd będzie wprowadzony, będzie to samo. — Kol. Przewodniczący odpowiada, że w pierwotnej redakcyi ustawy szpitala, mianowicie w § 20 jest mowa, że »wykaz należności za leczenie w szpitalu, nie zapłaconych dobrowolnie, komunikowany będzie przynajmniej co kwartał przez Zarząd szpitala gubernialnej Radzie Dobroczynności publicznej w Radomiu, która przystąpi do wyegzekwowania i t. d.«. Paragraf ten jednak jako niezgodny z istniejącem prawodawstwem, dla prawomocności którego należałoby ustawę przeprowadzić przez Izbę państwową, ulega wykreśleniu, Zarządowi zaś szpitala pozostaje jedynie droga sądowa.

Kol. Przewodniczący zaprasza zebranych do rozpatrzenia strony technicznej. — Co do kanalizacyi, to inżynier p. Lucht sądzi, że do czasu zaprowadzenia w Radomiu ogólnej kanalizacyi i wodociągów, najodpowiedniejsze będzie oczyszczanie wód zapomocą systemu biologicznego, jak to jest w Abacyi, Lublinie w szpitalu Vetterów i t. d. Co do ogrzewania jest inż. Lucht za ogrzewaniem zapomocą pieców, uważając, że ogrzewanie centralne jest niedostateczne, jak się o tem przekonał w Zamościu. Dalej prosi, by Towarzystwo dało ogólną dyrektywę, np. pod którymi budynkami są dopuszczalne piwnice, jaka ma być suszarnia, wanny, stropy i t. d. — Okazuje się, że piwnice być mogą pod ambulatoryum, pod budynkami gospodarczymi, że suszarnia ma być mechaniczna, wanny fajansowe, stropy żelazne na betonie. — Kol. Przychodzki zapytuje, czy nie będzie wilgoci w tych budynkach, gdzie nie będzie piwnic. — Inż. p. Lucht odpowiada, że można dać w tym celu wysoki cokół, przestrzeń wolną pod podłogą, a w ścianach warstwę izolacyjną. Co do wentylacyi, sądzi inż. Lucht, że ze względu na wodociąg można urządzić wentylatory turbinowe, jako tańsze od elektrycznych. — Kol. Pełczyński zapytuje, czy można dać w oddziałach zakaźnych sufity z gipsu i szkła wodnego. — Inż. p. Wesołowski odpowiada, że można, ale że to będzie drogo kosztować.

Dyskusyę nad stopą wynagrodzenia personalu lekarskiego szpitalnego na wniosek kol. Szczepaniaka postanowiono odłożyć do następnego zebrania.

Członek zarządu sekretarz T. Rakowski.

Zmiany projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Wniesiony przez Rząd w austryackiej Izbie Panów przed czterema laty (w listopadzie 1908) projekt ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych może rychlej, niż się zdawało, stać się obowiązującem prawem, albowiem na porządku dziennym posiedzenia Izby Panów w d. 28 b. m. znajduje się drugie czytanie projektu. Pierwotny projekt rządowy został uchwalony

przez Izbę Panów jeszcze w czerwcu 1909; komisya sanitarna Izby posłów rozpoczęła obrady nad ustawą w marcu 1911, zanim jednak uchwaliła pierwsze paragrafy, nastąpiło rozwiązanie Izby. Tymczasem, mimo że w Izbie posłów sprawa nie była w dalszym ciągu rozpatrywana, został projekt ponownie przez rząd w r. b. przedstawiony Izbie Panów, tym razem w zmienionej postaci.

Obrady obecne w Izbie Panów odbywać się będą na zasadzie sprawozdania i wniosków jej komisyi sanitarnej (z lutego 1912), której referentem był Radca Dworu prof. Dr Hlava, a która w zmienionym już projekcie rządowym wnosi dalsze jeszcze zmiany. Proponowane przez Rząd i przez komisyę zmiany uwzględniają w pewnej części propozycye, zawarte w orzeczeniach Najwyższej Rady zdrowia, w memoryałach lekarzy urzędowych i nieurzędowych, oraz Centralnego Wydziału higienicznego (Centralausschuss für öffentliche Gesundheitspflege) w Wiedniu, reprezentującego 11 Towarzystw, działających tam na polu higienicznem; sprawozdanie komisyi nie wspomina tu wcale o memoryale galicyjskiego Wydziału krajowego z r. 1909 (LW. 28.201/09), wniesionym do Rządu na zasadzie wyników odbytej wówczas w Wydziale krajowym ankiety. Z proponowanych zmian wnosić można, że memoryału tego rząd prawie wcale nie uwzględnił, natomiast wnioski komisyi Izby Panów (zwłaszcza jej referenta) w wielu punktach zgadzają się z postulatami memoryału galicyjskiego.

Uważając sprawę za dostatecznie znaną czytelnikom »Przeglądu« z dawniejszych artykułów [1]), wystarczy tu przypomnieć w kilku słowach najważniejsze wyniki ankiety krajowej z r. 1909. Streszczały się one w następujących żądaniach:

1) Należy w ustawie zastrzedz (w pewnych granicach) wpływ czynników autonomicznych (Wydziału krajowego) na rozporządzenia, dopełniające ustawę.

2) Do chorób, wyraźnie w ustawie wymienionych, należy dodać zakaźne zapalenia oczu (ansteckende Augenentzündungen), zakażenia połogowe (puerperale Infektionen) i odrę, a w niektórych §§ dodać (wśród chorób groźniejszych) płonicę.

3) I. Donoszenie o chorobie zakaźnej powinno w pewnych razach być podwójne (równocześnie do zarządów gminnych oraz do władz politycznych I. instancyi). II. Do donoszenia powinni być obowiązani także dozorcy sanitarni i duszpasterze. III. Wolne od opłaty pocztowej powinny być także doniesienia w listach poleconych i telegraficzne. IV. Specyalne meldunki powinny w okolicach nadgranicznych i mających żywy ruch wychodźczy zagranicę odbywać się z pomocą (finansową) rządu. V. Pożądane jest wynagradzanie doniesień lekarskich.

4) Lekarze epidemiczni powinni w razie zarażenia się otrzymać na czas choroby pobory VIII. rangi, w razie stąd nabytej niezdolności do pracy emeryturę tejże rangi, rodziny ich w razie śmierci — pensyę tejże rangi.

5) Do pomocy lekarzom powiatowym powinni być ustanowieni państwowi nadzorcy sanitarni.

6) Powinny być utworzone państwowe zakłady badania chorób zakaźnych.

7) Potrzebne są państwowe ruchome (barakowe) szpitale zakaźne dla czasowego zaopatrzenia miejscowości najsilniej dotkniętych epidemią.

8) Odosobnionym chorym należą się na koszt państwa żywność i opieka, odosobnionym zdrowym — środki zaspokojenia najważniejszych potrzeb (żywność, opał, światło).

9) Odszkodowanie za przedmioty zniszczone przy odkażeniu powinno przysługiwać także przy zgłoszeniu się strony ustnem, oraz przy zgłoszeniu się nietylko do starostwa, ale nawet tylko do organów wykonujących odkażanie. Termin zgłoszeń należy przedłużyć na 30 dni (zamiast 14).

10) Grzywny powinny wpływać do funduszu przeciwepidemicznego gminnego (złożonego w Wydziale krajowym i przezeń administrowanego).

11) Rozdział kosztów nie powinien dotyczyć przerzucenia pewnej części ciężarów na strony prywatne.

12) Skarb państwa powinien, prócz wymienionych w projekcie ustawy, ponosić koszta a) odkażania, b) żywności i opieki dla osób odosobnionych, a niezamożnych, — a dalej c) wynagrodzenia za doniesienia lekarskie, d) nadzorców sanitarnych, ich zaopatrzenia w razie choroby i emerytur, e) utrzymania lekarzy, którzy się przy zwalczaniu epidemii zarazili, przez czas choroby (Krankengeld), f) szpitali ruchomych, g) zakładów i stacyi badania chorób zakaźnych, h) specyalnych meldunków.

Zmieniając projekt ustawy, dodał Rząd do chorób podlegających obowiązkowi donoszenia, a wyraźnie wymienionych w § 1, jeszcze dwie, a mianowicie: jaglicę (trachoma) i gorączkę połogową (Wochenbettfieber). W tym względzie stało się zadość żądaniu, które oprócz ankiety galicyjskiej wyrażono z wielu innych stron. Wobec objęcia ustawą gorączki połogowej nałożono też obowiązek donoszenia o chorobie zakaźnej na położne, umieszczając je (w § 3) zaraz po lekarzach, natomiast opuszczono w zmienionym projekcie rządowym wśród obowiązanych do donoszenia — właścicieli gospod, hoteli i szynkarzy. Zawarować prawa czynników autonomicznych (według żądań ankiety i memoryału Wydziału kraj. galicyjskiego) ma postanowienie, dodane w § 6: »Co do kompetencyi i kolejności instancyi nie wprowadza ustawa niniejsza zmian«. W § 9 projektu dodano słusznie obowiązek donoszenia o dokonaniu odkażenia. W § 21 jest zmianą bardzo ważną uznanie (zgodnie z zapatrywaniem ankiety galicyjskiej), że przy zamykaniu przedsiębiorstw przemysłowych z powodu wybuchu groźnej choroby zakaźnej (mór, cholera, ospa, dur osutkowy, wąglik) jest zasięganie opinii inspektora przemysłowego zgoła zbyteczne. (Jak słusznie zauważa przy tej okazyi komisya sanitarna Izby Panów, miałaby taka opinia tylko wtedy znaczenie, gdyby w inspektoratach przemysłowych działali także lekarze, czego się oddawna domagają koła lekarskie i co komisya wprowadzić doradza). Prócz tych głównych zmian, ulepszono projekt rządowy (zgodnie z dawniejszemi uchwałami Izby Panów) w szeregu drobnych szczegółów, jak np. wymieniając płonicę, błonicę, dur plamisty, dur brzuszny w wielu paragrafach, które w pierwotnym projekcie dotyczyły tylko ospy, moru, cholery. Lekarzom epidemicznym podniesiono stopę zaopatrzenia w razie niezdolności do pracy (rodzinom w razie ich śmierci) z IX do VIII rangi, i t. p.

Stanowisko komisyi sanitarnej Izby Panów co do zwalczania gruźlicy i kiły zgadza się ze stanowiskiem, zajętem przez Rząd, mianowicie zdaniem komisyi sprawa ta musi być

[1]) Por. »Przegląd lekarski« 1907. Nr 41—43. i 45—49, 1909. Nr 10—12, 1911. Nr 18.

uregulowana w osobnych ustawach; przytem porusza komisya potrzebę ustawy o zwalczaniu alkoholizmu. Komisya, kładąc nacisk na to, że przy wybuchu choroby zakaźnej konieczna jest jaknajszybsza interwencya lekarza, wnosi zmianę § 5 projektu przynajmniej o tyle, aby władze musiały przeprowadzać dochodzenia i badania przy wybuchu zarazy przez swych lekarzy (durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärzte), oraz podkreśla, że rozporządzenie wykonawcze do ustawy musi koniecznie przyznać większe pole ingerencyi lekarza i dokładnie określić kompetencye lekarzy powiatowych, gminnych i okręgowych. Co do zaopatrzenia lekarzy, zajętych zwalczaniem epidemii, i ich rodzin, to komisya rozszerza odpowiedni paragraf (34) także na lekarzy szpitali epidemicznych i oddziałów zakaźnych. Wniosek o zaopatrzenie personalu pomocniczego (dozorców chorych, dezynfekcyonaryuszy, grabarzy i t. p.), uczyniony (zgodnie z postulatami ankiety galicyjskiej) przez referenta (prof. Hlavę), komisya Izby Panów odrzuciła, wychodząc z zapatrywania, że zaopatrzenie to należy do obowiązków czynników autonomicznych. Również nie przyjęła komisya wniosku o dostarczenie kosztem państwa środków utrzymania osobom odosobnionym z powodu choroby zakaźnej, pozostawiając ten ciężar na barkach »funduszów ubogich«, zanim rzecz ta nie zostanie uregulowana przez ustawę o ubezpieczeniu społecznem. Aby choć trochę ulżyć w tej sprawie gminom, wniósł referent (prof. Hlava) przekazanie im (zamiast skarbowi państwa) wpływów z grzywien, komisya zaś Izby Panów uchwaliła to z tym dodatkiem, że fundusze te mają być używane na cele sanitarne (»für Zwecke der öffentlichen Sanitätspflege«, w zasadzie więc zgodnie z postulatami galicyjskimi).

Z drobniejszych zmian, proponowanych przez komisyę Izby Panów, zasługuje na podniesienie szczególny nacisk na zwalczanie chorób zakaźnych w zakładach, internatach i zdrojowiskach (odpowiedni dodatek w § 1 ustawy). Obowiązek donoszenia o gorączce połogowej (§ 2) ogranicza komisya tylko do przypadków całkiem stanowczo stwierdzonych. Drobny co do formy, ale praktycznie ważny jest wniosek komisyi o odosobnianie także osób, co do choroby zakaźnej podejrzanych (§ 8) i ostrzejsze sformułowanie postanowień o ewentualnem przeniesieniu chorych do szpitala (»ist durchzuführen« zamiast »ist anzuordnen«). Niemniej ważne jest dodanie bezwzględnego zakazu używania wody w przemyśle spożywczym (§ 11, zgodnie z żądaniem ankiety galicyjskiej), jakoteż ograniczenie ruchu czasowych mieszkańców (vorübergehende Niederlassungen) miejscowości zakażonych (§ 25). Sprawa ruchu robotników w okolicach zakażonych (poruszona w ankiecie galicyjskiej ze względu na emigracyę sezonową i powiaty nadgraniczne) nie da się, zdaniem komisyi, zmieścić w ramach ustawy; toteż postulat, aby zorganizowano należytą służbę wywiadowczą nadgraniczną, wykazywanie chorych robotników i t. d., podnosi komisya tylko jako dezyderat. Podobnież w postaci dezyderatu, nie włączonego do projektu ustawy o chorobach zakaźnych, znajduje się w sprawozdaniu komisyi żądanie, by w stolicy każdego kraju koronnego był państwowy zakład badania chorób zakaźnych (postulat ankiety galicyjskiej), zarazem zajmujący się wyrobem surowic leczniczych.

Wreszcie porusza komisya w swem sprawozdaniu sprawę asanacyi i urządzeń zapobiegawczych, któreby powinny być objęte ustawą o chorobach zakaźnych, jednakże w projekcie rządowym (ze względu na fundusze) zostały pominięte. W motywach pierwszego projektu wyrażał Rząd nadzieję, że sprawy te »postępować będą pomyślnie przez działalność czynników autonomicznych, okazujących już na tem polu znaczną ruchliwość«, czyli właściwie cały ogromny ten ciężar starał się od siebie odsunąć i przerzucić na fundusze krajów, powiatów i gmin. Komisya Izby Panów wyraża jednak zdanie, że Rząd powinien i tutaj rozpocząć pozytywną działalność. Projekt Centralnego Wydziału higienicznego w Wiedniu, aby państwo zwracało gminom wydatki, przekraczające 10% dodatków gminnych do podatków, a wyłożone na lokale izolacyjne i ich utrzymanie oraz na odkażanie dla obrony przed ospą, durem plamistym, cholerą i dżumą, — uważa komisya za środek tylko paliatywny i niepraktyczny (przekroczenie 10% dodatków gminnych nie daje właściwej miary, czy finansowa pomoc państwa jest dla danej gminy potrzebna, bo finansowa sprawność gmin może być różna). Natomiast za ważną i zalecenia godną uważa komisya myśl, aby Rząd wyznaczył (na wzór funduszu melioracyjnego) corocznie wzrastającą dotacyę na zapomogi dla słabszych finansowo gmin, celem zaopatrzenia ich w dobrą wodę i inne urządzenia asanacyjne. W tej myśli wnosi komisya rezolucyę, aby Rząd jaknajenergiczniej wspierał prace asanacyjne. W końcu wnosi komisya rezolucyę, aby Rząd jaknajrychlej przedłożył ustawę o szczepieniu krowianką.

Nie ulega wątpliwości, że dzięki komisyi sanitarnej Izby Panów, a zwłaszcza jej referentowi, zyskał projekt ustawy o chorobach zakaźnych wiele zmian i postanowień, które wyjdą na korzyść także naszemu krajowi, ułatwiając dostosowanie ustawy do stosunków galicyjskich, w wielu względach odmiennych od stosunków w innych krajach Austryi. Te poprawki projektu, które dla nas mają znaczenie szczególnie doniosłe, zbyteczna tu raz jeszcze osobno zestawiać. Natomiast wskazać należy na ważne, zgodne z naszymi postulatami, wnioski referenta prof. Hlavy, przez komisyę Izby Panów nie przyjęte: o zaopatrzenie personalu pomocniczego w razie choroby i niezdolności do pracy, a zwłaszcza o dostarczenie kosztem państwa środków zaspokojenia najważniejszych potrzeb osobom, odosobnionym z powodu choroby zakaźnej. Szczególnie ten drugi wniosek ma w naszych warunkach tak wielką doniosłość, że polscy członkowie Izby Panów powinniby wznowić wnioski w tym względzie, które w komisyi sanitarnej Izby nie uzyskały większości. Tosamo odnosi się do tych postulatów, poruszonych przez ankietę krajową, które komisya Izby Panów przedkłada tylko w formie dezyderatów lub conajwyżej rezolucyi: o finansowem poparciu prac asanacyjnych przez rząd, o założeniu państwowych zakładów badania chorób zakaźnych, o zorganizowaniu należytej państwowej służby wywiadowczej (meldunków) w pasie nadgranicznym i co do ruchu robotników (emigracya sezonowa). Skoro sprawy te raz już zostały przez komisyę Izby Panów lub jej referenta poruszone i włączone do sprawozdania komisyi, to należałoby tę pomyślną okoliczność wyzyskać, a może powiodłoby sie jeszcze przynajmniej niektóre z tych rzeczy wprowadzić do ustawy (n. p. w formie, proponowanej przez ankietę i memoryał Wydziału krajowego galicyjskiego).

Niepodobna natomiast byłoby obecnie, po wejściu sprawozdania komisyi przed plenum Izby Panów, uzyskać poprawki w innych punktach, poruszonych przez ankietę i memoryał Wydziału krajowego, a zupełnie dotychczas nieuwzględnionych.

Z ważniejszych postulatów należą tu: zastrzeżenie w ustawie możności podwójnego donoszenia (do gmin oraz do władzy politycznej I. instancyi), obowiązek donoszenia duszpasterzy (Matrikelführer), ustanowienie państwowych dozorców sanitarnych, dalej bardzo dla nas ważne państwowe ruchome szpitale epidemiczne, złagodzenie postanowień o odszkodowaniu za przedmioty zniszczone przy odkażaniu i o karach, a w końcu ponoszenie przez państwo (przynajmniej częściowo) kosztów odkażania.

Gdy projekt po przejściu przez Izbę Panów powróci ponownie do Izby Posłów, byłoby obowiązkiem posłów galicyjskich przeprowadzenie w projekcie ustawy odpowiednich poprawek.

Bez objęcia ustawą przynajmniej części tych postulatów, dla nas ważnych, a których obecny projekt ustawy, poprawiony przez komisyę Izby Panów, nie uwzględnia, będzie wykonanie ustawy w Galicyi natrafiać nieraz na znaczne, gdzieindziej nieznane trudności, działanie jej będzie mniej skuteczne, a kraj nasz może być obarczony nadmiernym ciężarem finansowym.

Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dniu 20. III. posiedzenie, na którem prof. dr K. Olszewski miał wykład: »O postępach w skraplaniu gazów«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Leon Goldgart z Krakowa, Marya Kragenówna z Podgórza, Eugeniusz Piestrzyński z Kalisza, Zbigniew Czarnek z Jarosławia i Bolesław Okuljar z Warszawy,

— W »Słowie lekarskiem« (Nr. 5) podaje dr Grzegorz Grzybowski projekt, by do większych miast prowincyonalnych na zebrania kół lekarskich przybywali prelegenci z miast stołecznych z wykładami naukowymi. (W tym względzie podejmowano już próby w kilku Towarzystwach lekarskich prowincyonalnych Królestwa polskiego, zapraszając prelegentów z Warszawy i w kilku Oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich w Galicyi wschodniej z pomocą prelegentów ze Lwowa).

- - Na posiedzeniu Izby posłów parlamentu austryackiego w dniu 19. III., odczytano interpelacyę pos. Germana i tow. w sprawie stosunków w Krynicy. Interpelacya, wystosowana do ministra rolnictwa, zapytuje go, czy znane mu są opłakane stosunki, panujące w Krynicy, brak odpowiednich urządzeń kolejowych, brak zdrowej wody do picia, dalej, czy minister zamierza przynaglić referentów, aby sprawę tej miejscowości kąpielowej szybko załatwili i czy gotów jest polecić, aby odpowiednie roboty jaknajszybciej wykonano ze względu na zbliżający się sezon kąpielowy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. III. do 16. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej —, płonicy 4 † — (1 † 2), odry 6 † 2, duru brzusznego 5 † — (2 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 11. III. do 18. III. 1912 przypadków: ospy 1 † 2, płonicy — † —, duru brzusznego — † —, duru osutkowego — † —, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W »Polskim Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu miał w Wydziale technicznym inż. Kotarski wykład: »O robotach wiertniczych, wykonanych przy studyach nad projektem kanalizacyi Petersburga i wodociągu z Ładogi«. Wydział przystępuje do utworzenia komisyi informacyjnej w sprawach technicznych.

— Niemieckie Towarzystwo »miast ogrodów« (Deutsche Gartenstadtgesellschaft, Berlin, Schlachtensee) urządza w sierpniu r. b. czwartą wycieczkę naukową do Anglii dla zwiedzenia istniejących tam »miast ogrodów«, będących wyrazem nowoczesnych postępów w zakresie kultury higienicznej. Wycieczka zwiedzi Earswick pod Yorkiem, Sunlight pod Liverpoolem, miasto robotnicze Bournville pod Birnighamem i osady ogrodowe pod Londynem (Letchworth, Hampstead i i.). Oprócz tego zwiedzi wycieczka inne urządzenia społeczno-higieniczne (schroniska dla bezżennych, domy dla robotników, szkoły i t. d.). Zgłoszenia przyjmuje p. Adolf Otto (Berlin-Schlachtensee). W dotychczasowych wycieczkach uczestniczyło 380 osób, w tem 25 lekarzy. Koszta 11-dniowej wycieczki 300 Marek.

— W Austryi praktykuje (r. 1911) 13.264 lekarzy, czyli 4·6 lekarzy na 1000 mieszkańców, a 4·42 na 10 kwadr. kilometrów. Zmniejszyła się o 2—3% liczba lekarzy na prowincyi, a zwiększyła się w miastach (zwłaszcza w Krakowie, Lwowie i Gracu) o 5—8%. Liczba lekarek wynosi 100. Na 10.000 mieszkańców liczą lekarzy: Wiedeń 14·9, Praga 16·3, Lwów 19, Kraków 21·6, Ołomuniec 27·7. X.

— Dolnoaustryacki Sejm przeznaczył 10.000 koron dla lekarzy okręgowych jako stypendya na kursa uzupełniające w klinikach. Sejm śląski w tymże celu przeznaczył 3.000 koron. X.

Zmarli: Dr Władysław Śmiechowski w 77 r. ż. w Warszawie, Dr Helena Sieczkowska, lekarka szpitala w Münsingen w Szwajcaryi w 36 r. ż., Dr Adam Krzyształowicz, emer. lekarz powiatowy w 81 r. ż. w Sanoku.

Uzupełnienie do artykułu p. t. **Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi**, podał Dr H. Trenkner.

Ruch chorych w r. 1911 w miejskim Szpitalu dla chorych zakaźnych w Łodzi.

Rodzaj choroby	Pozostało z r. 1910 – Dorosłych – Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Przybyło w r. 1911 – Dorosłych – Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Wyzdrowiało – Dorosłych – Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Zmarło – Dorosłych – Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	% zmarłych	Podług wyznania – Prawosławnych	Katolików	Ewangielików	Żydów	Mahometan	Ogółem	Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1912 – Dorosłych – Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	3	2	1	6	127	103	111	341	97	75	73	245	23	22	30	75	21,6	9	206	35	97	—	347	6860	10	8	9	27
Płonica	1	5	8	14	14	27	67	108	13	30	59	102	—	1	13	14	11,5	1	93	10	18	—	122	3439	2	1	3	6
Dur plamisty	—	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	1	1	—	—	2	16	—	—	—	—
Dur brzuszny	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	2	—	2	18	—	—	—	—
Róża	—	—	—	—	11	21	—	32	7	20	—	27	3	1	—	4	12,5	3	25	1	2	1	32	515	1	—	—	1
Odra	—	—	—	—	—	1	5	6	—	1	5	6	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	6	16	—	—	—	—
Ropnica	—	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	2	4	—	—	—	—
Błonica	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	36	—	—	—	—
	4	7	9	20	154	155	185	494	119	126	138	383	26	27	44	97		13	332	47	121	1	514	10904	13	9	12	34

Sprostowanie:

W Nrze 10. »Przeglądu lekarskiego« podano (wskutek błędnego zrozumienia pytania w kwestyonaryuszu) mylną wiadomość, że szpital w Widzewie nie posiada własnych urządzeń do wyjaławiania materyałów opatrunkowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 27. marca 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Doc. Dr Z. Radliński: Dyagnostyka funkcyonalna nerek.